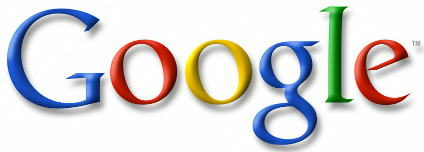
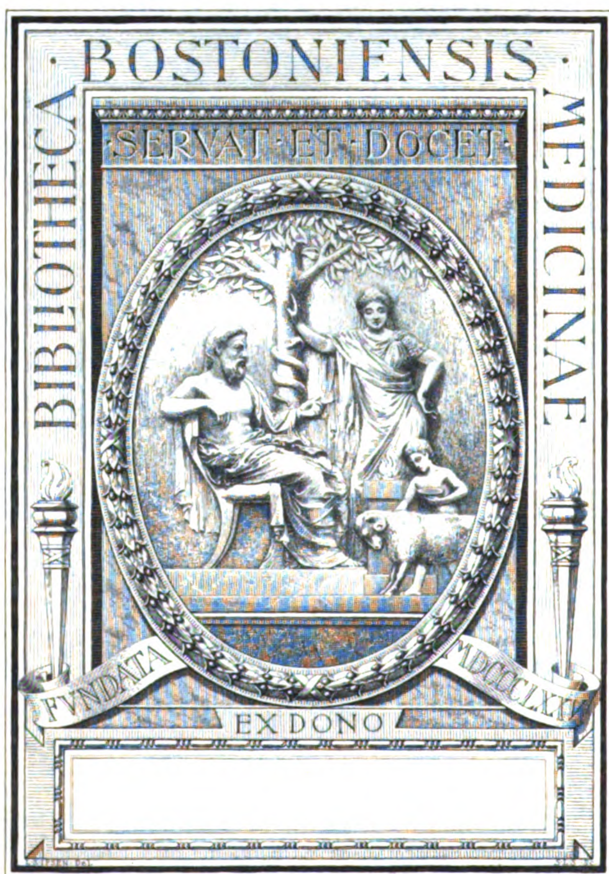



Digitized by Google


BOSTONIENSIS
BIBLIOTHECA
MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FVNDATA
EX DONO

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh) **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

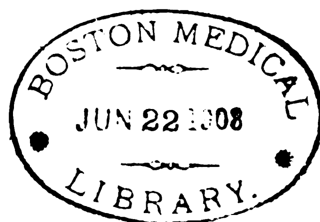
Zweiundzwanzigster Jahrgang.

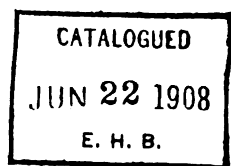
(Januar—December 1906.)

Berlin, 1906.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.


BOSTON MEDICAL
JUN 22 1908
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 22 1908
E. H. B.

Inhalt.

I. Leitartikel.

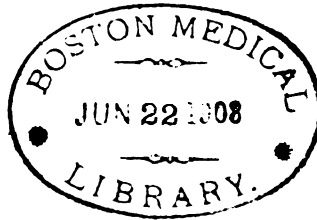
II. Referate.

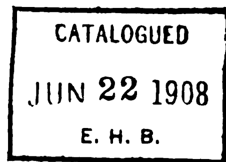
III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.


BOSTON MEDICAL
JUN 22 1908
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 22 1908
E. H. B.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Januar. 1906. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1904.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasen-rachenraum.	Mundrachen-höhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	67	185	118	36	118	20	55	564
Deutschland	47	110	53	12	72	10	15	319
Grossbritannien und Colonien	12	65	41	9	68	7	11	213
Frankreich	15	46	40	12	39	14	12	178
Oesterreich-Ungarn	10	60	21	5	51	3	2	152
Belgien und Holland . . .	7	31	15	10	21	5	4	93
Italien	8	15	23	5	24	6	5	86
Spanien	6	14	15	1	18	—	4	58
Skandinavien	4	12	4	8	9	—	4	41
Russland	3	10	3	5	8	—	6	35
Polen	2	9	3	4	7	—	4	29
Schweiz	1	4	2	3	6	2	1	19
Zusammen	182	561	333	110	441	67	93	1787

Zu der diesmaligen Statistik sei bemerkt, dass aus Russland und Polen seit mehreren Monaten in Folge der politischen Verhältnisse keine Berichte geliefert werden konnten. — Vom nächsten Jahre an werden auf mehrfach geäusserten Wunsch die Statistiken von Oesterreich und Ungarn, sowie diejenigen von Belgien und Holland von einander getrennt werden.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) Literatur zum hundertsten Geburtstage Manuel Garcia's.

O. Chiari. Sennor Manuel Garcia der Hundertjährige. *Wien. klin. Wochenschrift. 1905. Jahrg. 18. S. 289—291.*

J. W. Farlow. Manuel Garcia. *Boston med. and surg. Journ. 1905. Vol. 152. p. 445—450.*

P. Heymann. Manuel Garcia und die Erfindung des Kehlkopfspiegels. *Berl. klin. Wochenschr. 1905. No. 42. S. 364.*

A. Mühlberger. Dr. Manuel Garcia. *Münch. med. Wochenschr. 1905. Jahrgang 52. S. 656.*

J. E. Newcomb. Manuel Garcia. Teacher, Discoverer and Man. *Medical Record New York. 1905. Vol. 67. p. 441.*

H. Gutzmann. Manuel Garcia. *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. 1905. 25. Jahrg. S. 236.*

F. Semon. Zum hundertsten Geburtstag Manuel Garcia's. *Dieses Centralbl. 1905. S. 91.*

J. KATZENSTEIN.

2) **A. Fallas. Statistik der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitales in Brüssel (Abtheilung von Dr. Delsaux). (Relevé statistique du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital St. Jean de Bruxelles [Service du Dr. Delsaux].)** *La Presse Oto-Laryngologique Belge. No. 4. 1905.*

Im Jahre 1904 wurden 11298 Consultationen gegeben; davon waren 2083 neue Patienten; 994mal wurden grössere und kleinere Interventionen vorgenommen.

Die Affectionen betrafen: I. Die Ohren, II. die Nase mit Adnexen, III. den Pharynx, IV. den Larynx, V. den Mund mit Mundadnexen und VI. verschiedenartige Affectionen (Schilddrüse, Oesophagus, Parotis, Lymphdrüsen etc.).

BAYER.

3) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Oto-rhino-laryngologie als Studienfach für den künftigen Arzt. (De keel-neus-oorheelkunde als studievak voor den aanstaanden arts.)** *Amsterdam 1905.*

Akademische Antrittsvorlesung als ausserordentlicher Professor der Oto-Rhino-Laryngologie. B. schildert die Bedeutung dieser Fächer in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung, namentlich ihr Verhalten zu der übrigen Medicin. Er vertheidigt die Nothwendigkeit des obligatorischen Studiums dieser Fächer für alle Mediciner und erörtert mehrere einschlägige Fragen, wie die von ihm befürwortete Zusammengehörigkeit dieser drei Disciplinen, die Nothwendigkeit klinischer Abtheilungen u. s. f.

H. BURGER.

4) **John Mackenzie. Die Zukunft des Kehlkopfspiegels und das Studium der Laryngologie. (The future of the Laryngoscope and the study of Laryngology.)** *N. Y. Medical News. 22. Juli 1905.*

Eine Wiedergabe der vor der New York Academy of Medicine am 17. März zur Feier von Manuel Garcia's hundertjährigem Geburtstag gehaltene Ansprache,

die in sehr schwungvoller und begeisterter Weise Ausblicke in eine grosse Zukunft der Laryngologie giebt.

LEFFERTS.

5) **Max Herz** (Wien-Meran). **Eine einfache Methode der pneumatischen Therapie von Erkrankungen der Respirationsorgane.** *Wien. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Mittelst des vom Autor angegebenen Apparates werden rasch und rhythmisch aufeinander folgende Druckschwankungen im Thoraxraum hervorgerufen, indem der Patient durch ein Glasrohr resp. einen Schlauch athmet, wobei der Athmungsluftstrom während der ganzen Behandlung eine Reihe von regelmässig aufeinander folgender Unterbrechungen erfährt. Der Athmungsluft können nun medicamentöse Substanzen beigefügt werden und haben sich namentlich die Balsamica bei acut entzündlichen Erkrankungen der oberen Luftwege bewährt.

CHIARI.

6) **Jvar Bagge** (Götheborg). **Mittheilungen über die Behandlung von Cancer mittels Röntgenbestrahlung. (Meddelanden om behandling af Kancer med Röntgenbestraaling.)** *Hygiea. S. 171. 1905.*

Unter den vielen Fällen von Cancer, die der Verf. mittels Röntgenstrahlen mit ausgezeichnetem Erfolge behandelt hat, theilt er mehrere Fälle von Carcinom der Nase und der Lippe mit, wo vollständige Heilung erreicht ist.

E. SCHMIEGELOW.

7) **Einhorn** (New-York). **Radiumbehälter für den Magen, Oesophagus und Rectum.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Zur Behandlung von malignen Erkrankungen des Oesophagus mit Radiumstrahlen dient zur Aufnahme des Radiums eine Olivenkapsel von Glas, Aluminium und Hartgummi, die auf eine Bougie aufgeschraubt werden kann. Dergestalt kann die Radiumkapsel an die betreffende Stelle der Schlundröhre geschoben und längere Zeit liegen gelassen werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

8) **M. Kálmán** (Budapest). **Ueber die blutstillende Wirkung der Gelatine.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 10. Beilage. 1905.*

Verf. hat die Merck'sche sterilisirte Gelatine-Lösung in 6 Fällen, darunter 4 mal mit Erfolg angewendet. In einem Falle von Nasenbluten bei Purpura war die Wirkung geradezu lebensrettend zu nennen. Die Injectionen sind unter die Haut des Bauches oder der Brust applicirt worden.

v. NAVRATIL.

9) **Hans Vörner.** **Kaliumpermanganat als billiges locales Haemostaticum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Autor empfiehlt das Kaliumpermanganat als vorzügliches Hämostatikum, auch bei Schleimhautblutungen. Er wendet dasselbe in Pulverform, in concentrirter wässriger Lösung und — am zweckmässigsten — in Pastenform an.

HECHT.

10) **E. Pollatschek.** **Die Nasen- und Kehlkopfkranken des Königin Elisabeth-Sanateriums (für Tuberculöse) im Jahre 1904.** *Beilage zu No. 24 des Orvosi Hetilap. 1905.*

Bei der Krankenuntersuchung erwies sich die Untersuchung bei Sonnenlicht

für sehr zweckmässig; geringe Veränderungen in Farbe und Gestalt waren bei demselben zu erkennen. Bei der Therapie des Kehlkopfes wurde die Sorgo'sche Methode (Reflectiren von Sonnenstrahlen in den Kehlkopf) in Gebrauch genommen. Bei der Untersuchung wurden entsprechende Masken verwendet.

v. NAVRATIL.

11) **L. Grünwald** (München). **Mittheilung über einige Instrumente.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 181.*

Beschreibung und Abbildung der bei Tiefenhofer oder Katsch in München erhältlichen Instrumente: 1. Polypenzange, 2. Zange zur Abtragung der medialen Wand der Kieferhöhle, 3. scharfzinkiger Haken zum Aufziehen des oberen Lappens bei der Aufmeisselung der Kieferhöhle, 4. scharfer Doppellöffel zur Operation subchordaler Gewächse.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **B. Kormann. Ueber den Bau des Integuments der Regio narium und der Wand des Nasenvorhofes der Haussäugethiere mit besonderer Berücksichtigung der daselbst vorkommenden Drüsen.** *Diss. med. vet. Giessen 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

13) **F. Chariton. Beitrag zur Kenntniss der epithelialen Auskleidung des Vestibulum nasi des Menschen und der Säugethiere. 5. Theil.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 49. H. 2. S. 143—146.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

14) **W. Lubosch. Die Entwickelung und Metamorphose des Geruchsorganes von Petromyzon und seine Bedeutung für die vergleichende Anatomie des Geruchsorganes.** *Jenaische Zeitschr. f. Naturwiss. Bd. 40. N. F. Bd. 33. H. 1. S. 95.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **V. Schmidt. Zur Frage über die laterale Nasendrüse bei Säugethieren.** *Anat. Anz. Bd. 75. No. 14/15. S. 355.*

Die laterale Nasendrüse entwickelt sich bei Mäuseembryonen aus dem Epithel des vorderen Abschnittes der Nasenhöhle an der Grenze gegen den Vorhof, jedoch noch im Bereich des Nasenhöhlenepithels zunächst als eine dorsale Epithelausstülpung; dieselbe wächst alsdann zu einem sagittal verlaufenden Ausführungsgang aus, welcher sich allmählich von der dorsalen Wand der Nasenhöhle zu der lateralen begiebt und sich allmählich auf seinem Verlauf choanenwärts tiefer ventralwärts senkt, bis er den Sinus maxillaris erreicht, in dessen lateraler und unterer verdickter Wand er eine grosse Zahl von kugelig erweiterten Drüsenacini bildet, die sich auch noch secundär verästeln.

J. KATZENSTEIN.

16) **John N. Mackenzie. Bemerkungen über einige Missbräuche in der intranasalen heutigen Chirurgie. (Remarks on some abuses in the intranasal surgery of to-day.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Januar 1905.*

Eine summarische Betrachtung über gewisse Auswüchse der intranasalen Chirurgie. LEFFERTS.

17) **Willis S. Anderson. Die Galvanokaustik in der Behandlung der Nasenkrankheiten. (The passing of the galvano-cautery in the treatment of diseases of the nose.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Die Galvanokaustik ist in der Vergangenheit sehr werthvoll gewesen, sie hat auch heute noch ein beschränktes Feld, auf dem sie zur Anwendung gelangt, im Allgemeinen besitzen wir jedoch heute bessere Methoden, die ihr vorzuziehen sind. EMIL MAYER.

18) **G. P. Head. Die Behandlung chronischer obstruirender Rhinitis. (The treatment of chronic obstructive rhinitis.)** *Chicago Medical Recorder. 15. April 1905.*

In einem Fall war keine Ursache für die Klagen des Patienten auffindbar und Verf. war geneigt, eine rein nervöse Störung anzunehmen. Nachdem der Patient jedoch eine Stunde lang gelegen hatte, war die hintere Muschel so geschwollen, dass sie die Nase völlig verlegte. Verf. ist ein Freund der Galvanokaustik; bei Septumdeviationen liefert ihm die Asch'sche Operation sehr befriedigende Resultate. EMIL MAYER

19) **A. Edmunds** (London). **Eine Bemerkung über Rhinitis caseosa. (A note on rhinitis caseosa.)** *Brit. Med. Journal London. I. 180. 1905.*

In einem vom Verf. gesehenen Fall enthielten die käsigen Massen fast kein Fett und wirkliches Cholestearin an Stelle von Isocholestearin. Nach Veraschung blieb ein aussergewöhnlicher Rückstand zurück, der hauptsächlich aus Calciumphosphat bestand; mikroskopisch sah man die nadelförmigen Krystalle dieses Salzes. Es fanden sich weder Epithelzellen noch sonstige organisirte Gebilde ausser einigen Fäden eines undefinirbaren Pilzes. Der Verf. sieht eine Analogie in dem chronischen Katarrh der Gallenblase, bei dem es gleichfalls zur Bildung von Steinen kommt, die Kalksalze und Cholestearin enthalten. JAMES DONELAN.

20) **L. M. Brown. Zwei Fälle von Rhinitis atrophicans mit Acetozon behandelt. (Two cases of atrophic rhinitis treated with Acetozone.)** *Medicine. December 1904.*

Verf. hat in seinen Fällen Besserung erzielt durch Anwendung einer Mischung von einem Theil Benzoyl-Acetylperoxyd (Acetozon) zu drei Theilen Petroleum und einigen Tropfen Ol. Gaultheriae. PAUL RAUGÉ.

21) **Frank Woodbury. Einige practische Bemerkungen über Nasenbluten. (Some practical notes on epistaxis.)** *The American Therapist. Januar 1905.*

Bei der Behandlung des Nasenblutens dürfen die Gebote der Antiseptik

nicht vernachlässigt werden; in jedem Fall muss eine genaue Inspection des Naseninnern vorgenommen und je nach dem Befund die Behandlung eingerichtet werden.

EMIL MAYER.

22) **Notiz des Herausgebers. - Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Rp. Adrenal. hydrochlor. 0,03
Acid. boric. 3,00
Aq. cinnamomi
Aq. camphorat. ana 40,00
Aq. dest. ad 90,00.

M. D. S. Anwärmen und mittels Tropfglas einträufeln. LEFFERTS.

23) **F. Barberá** (Valencia). **Ein Fall von hartnäckiger Epistaxis. (Caso de epistaxis rabalde.)** *Revist. Valenciana de Cienc. Médic. Juli 1904.*

Die Ursache der Epistaxis, die übrigens bei der jetzt 46 jährigen hämophilen Patientin schon seit dem 14. Lebensjahr auftrat, bestand in einer Wunde der arteriellen Gefässe der Nasenscheidewand. B. bespricht die verschiedenen in seinem Falle in Anwendung gekommenen Adstringentien. R. BOTEY.

24) **Max Goerke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. IV. Die Involution der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 144.*

Auf Grund seiner histologischen Untersuchung hat sich Verf. folgende Anschauung über die Involution der Rachenmandel gebildet: „1. Die Involution der Rachenmandel tritt dann ein, wenn ihre Function überflüssig geworden ist. Sie ist weder ein Immunisirungsprozess, noch ist sie in ihrem normalen Ablaufe mit Krankheitserscheinungen verknüpft, sondern sie ist lediglich der Ausdruck einer auf anderem Wege erworbenen Immunität gegen gewisse, besonders dem Kindesalter eigenthümliche Infectionskrankheiten.

2. Die histologischen Veränderungen bestehen in der Hauptsache darin, dass der functionirende Theil, das folliculäre Gewebe, schwindet und für dieses event. ein indifferentes Gewebe eintritt.

3. Nach der Involution der Rachenmandel haben wir das histologische Bild der normalen Rachenschleimhaut.

4. Verhindert, resp. verzögert wird die Involution durch entzündliche Vorgänge, die sich im Bereiche der oberen Luftwege, meist aber in der Rachenmandel selbst abspielen resp. abgespielt haben.

5. Das mikroskopische Bild der nicht involvirten Rachenmandel der Erwachsenen unterscheidet sich von der normalen Rachenmandel im Wesentlichen durch Veränderungen, die mit jenen entzündlichen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen sind.

6. Wir sind nicht im Stande, die Involution der Rachenmandel beim Erwachsenen auf konservativem Wege herbeizuführen; die Rachenmandelreste sind deshalb operativ zu entfernen.“ F. KLEMPERER.

25) **W. Roth. Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes.** *Wiener med. Presse. No. 20. 1905.*

Besprechung obiger Erkrankungen nach dem jetzigen Stande der Specialwissenschaft in einem Vortrage, gehalten im „Wiener medicinischen Doctoren-Collegium", Sitzung vom 19. December 1904.

CHIARI.

26) **Herman Jarecky. Adenoide bei kleinen Kindern. (Adenoids in infants.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1904.*

Adenoide bei Kindern unter 3 Monaten sind so selten, dass viele competente Beobachter ihr Vorkommen geleugnet haben. Dagegen berichtet Verf. Fälle bei Kindern von 8, 9 und 10 Wochen und sogar den eines 10 Tage alten Kindes. Verf. bediente sich zur Entfernung der adenoiden Vegetationen bei so kleinen Kindern des Ringmessers.

LEFFERTS.

27) **Variot** und **Le-Mars-Hadons** (Paris). **Adenoide Vegetationen der Säuglinge. (Végétations adénoides des nourissons.)** *Société de Pédiatrie. 21. Juni 1905.*

Es wird auf die Thatsache des Vorkommens angeborener adenoider Vegetationen, auf die durch diese bewirkte Behinderung in Ernährung und Entwicklung der Säuglinge und auf die günstigen Wirkungen der Operation aufmerksam gemacht.

PAUL RAUGÉ.

28) **Z. v. Lénárt. Ueber das senile Vorkommen der adenoiden Vegetationen.** *Otologische Beilage der No. 6 des Budapesti Orvosi Ujság. 1905.*

Bei einer 54 jährigen Frau entfernte er massenhafte adenoide Vegetationen. Histologisch Adenoide constatirt.

v. NAVRATIL.

29) **St. Halász. Ueber adenoide Vegetationen.** *Gyógyászat. No. 1—6. 1905.*

Referirt in einer längeren Artikelreihe eingehend dies Thema, Bekanntes betreffend.

v. NAVRATIL.

30) **Percy Fridenberg. Die Nothwendigkeit ergänzender Maassnahmen nach der Entfernung von Adenoiden. (The necessity for supplementary measures after the removal of adenoids.)** *Archivs Pediatrics. April 1904.*

Auch nach gründlicher Operation der Vegetationen ist es unbedingt nothwendig, dass die Kinder es lernen, bei geschlossenem Mund durch die Nase zu athmen. Athemübungen, kalte Abreibungen, Spiele im Freien bilden einen wesentlichen Factor. Bisweilen ist es nöthig, durch Bandagen während der Nacht die Schliessung des Mundes zu bewirken. Auch auf rationelle Zahnpflege ist Werth zu legen.

EMIL MAYER.

31) **C. R. Holmes. Die geeignete Position des Patienten bei der Operation zur Entfernung der Adenoiden unter Narkose. (The proper position of the patient in the operation for the removal of adenoids under general anesthesia.** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Das Kind wird schnell auf die linke Seite gelegt, der linke Arm und die Schulter nach hinten gezogen, so dass der erstere hinter dem Kind auf dem Tische

liegt, der rechte Arm wird nahe der Schulter von einem Assistenten auf der andern Seite gefasst; ein anderer Assistent führt in den rechten Mundwinkel den Mundsperrer ein, dieser fixirt und extendirt gleichzeitig etwas den Kopf. Das Gesicht des Kindes befindet sich in gleicher Höhe mit der linken Tischecke oder etwas darüber; der Operateur sitzt auf einem Stuhl zur linken Seite des Tisches und operirt mit dem Gottstein'schen Messer. An die Operation der adenoiden Vegetationen kann gleich die der Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge angeschlossen werden. Die Patienten bleiben 3—4 Tage im Krankenhaus.

EMIL MAYER.

32) **H. Zwillinger. Ueber einige Streitfragen bezüglich des Operirens der hypertrophischen Tonsilla pharyngea.** *Gyógyászat. No. 25.*

Die Gefährdung der Kranken durch Adenoide steht nicht in gleichem Verhältnisse mit der Grösse der Adenoide. Es ist am zweckmässigsten, die adenoiden Vegetationen schon in ganz zartem Alter zu entfernen. Im Grossen und Ganzen hält Verf. die Narkose für unnöthig, aber er hält sie doch in einzelnen Fällen, z. B. bei sehr nervösen Kindern, für unvermeidlich. Die Narkose soll nur minimal sein. Bezüglich der Blutung soll man immer auch an Leukämie denken.

Die zurückgebliebenen vorderen Parthien der Vegetationen entfernt er immer mit kalter Schlinge. Nach der Operation soll man immer mit digitaler Untersuchung controlliren, ob Alles entfernt wurde. Die Rosenmüller'schen Gruben müssen unbedingt gesäubert werden. Man denke an die Möglichkeit des Zerbrechens des Adenotoms während der Operation. Bei rhachitischen Kindern sei man bedacht auf Spasmus glottidis. Shock, Asphyxie tritt auch hier und da auf. Man operire nicht brutal.

v. NAVRATIL.

33) **J. Jutassi. Kosmotische Prothesen.** *Gyógyászat. No. 31.*

Bespricht eine Spritze eigener Construction zur Injection von festem Paraffin (Schraube). Die verwendete Masse ist ein Gemisch von festem und flüssigem Paraffin.

v. NAVRATIL.

34) **St. Clair Thomson. Nasenrachenzange. (Post-nasal forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Die Zange stellt eine geringfügige Modification des Jurasz'schen Instruments dar. Zuerst hat Verf. sie in allen Fällen von adenoiden Vegetationen angewandt, jetzt gebraucht er im Allgemeinen das Ringmesser zu diesem Zweck. Nur bei kleinen Kindern, bei denen die räumlichen Verhältnisse im Nasenrachenraum sehr eng sind, ist die Zange angebracht; sie eignet sich auch dazu, nach der Operation mit dem Ringmesser noch herabhängende Reste zu entfernen.

EMIL MAYER.

35) **St. Clair Thomson. Eine Curette für Adenoide. (An adenoid curette.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. hat die Beckmann'sche Curette dadurch modificirt, dass er eine Vorrichtung anbrachte, die das Herunterfallen der Adenoiden verhinderte; auch hat er an Stelle des gebräuchlichen leichten Handgriffs einen festeren anbringen lassen.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

36) **Sokolow** (Russland). **Der Canalis cranio-pharyngeus.** *Dissertation. Basel 1904/5.*

Am häufigsten findet man den Gang bei Neugeborenen. Im Allgemeinen scheint er von der Sella turcica durch das Corpus oss. sphen. nach dessen Unterfläche zu führen. Durch ihn treten zuweilen fötale Hirnbrüche hindurch. Verf. konnte den Canal bei 434 Schädeln der Baseler Anatomie 5mal, also in 1,15 pCt., nachweisen. Das Genauere ist im Original nachzulesen. JONQUIÈRE.

37) **M. Ramm. Ueber die Zotten der Mundlippen und der Wangenschleimhaut beim Neugeborenen.** *Anat. Hefte. 87. Heft. 29. Bd. H. 1. S. 57.*

R. beschreibt, nachdem er die vorliegenden Untersuchungen über den Gegenstand von Luschka, Klein, Loewy, Neustetter, Stieda besprochen hat, makroskopisch und mikroskopisch den Zottenbesatz des Vestibulum oris des Neugeborenen. Die glatte Pars glabra ist scharf von der mit Zotten und Höckern versehenen Pars villosa geschieden. Das Tuberc. labii sup. tritt deutlich als Theil der Pars villosa hervor. An der inneren Seite erstreckt sich der Zottenbesatz des mittleren Lippenabschnittes seitlich vom Frenulum labii sup. bis zur Umschlagsstelle der Schleimhaut und ist im Uebrigen von demjenigen des seitlichen Lippenabschnittes oben durch einen zottenfreien Winkel und unten durch eine scharfe Rinne geschieden. Unmittelbar an den Zottenbesatz der Mundwinkel schliesst sich derjenige der Wangen an und reicht bis zu dem hintersten Ende des Vestibulum oris. Gegen den Zottenbesatz der Oberlippe ist das Zottenfeld der Wange durch einen mit einem Höckerchen versehenen spitzwinkligen Ausschnitt getrennt. Gegen den Ductus parotideus besteht eine zackenförmige Ausbiegung.

Die Doppellippe ist ein dem Säugling zukommendes und für seine Verhältnisse angepasstes Organ. Beim Erwachsenen bilden sich die Zotten zurück; bei ihm haben die Lippen nicht mehr die Function wie beim Säugling und damit ist auch die Bildung, die für das Sauggeschäft berechnet ist, überflüssig geworden, es tritt eine Art Inactivitäts-Atrophie ein. J. KATZENSTEIN.

38) **v. Buday** (Kolozsvár). **Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Mund- und Rachenentzündungen. (Szövettani és bacteriologiai vizsgálatok üszkös száj-és garatgyu-ladásnál.)** *Orvosi Hetilap. No. 1—6. 1905.*

Verf. stellt fest, dass die im Kindesalter auftretenden, fortschreitenden, brandigen Processe im Munde und Rachen zu den sogenannten infectiösen Gangränen gezählt werden müssen und nicht durch eine einzige, sondern durch verschiedene Mundbakterien, am häufigsten aber durch die Symbiose des Spirillum und des Bac. fusiformis verursacht werden. Unter den neuerdings über Noma erschienenen Arbeiten steht Krahn's Auffassung der des Verfassers am nächsten.

v. NAVRATIL (POLYAK).

39) **Ramon de la Sota y Lastra. Affectionen der Mundhöhle ungewisser Natur. (Lésions de la bouche de diagnostic incertain.)** *Arch. Internat. de Laryngol. No. III. Mai-Juni 1905.*

Bei einem jungen Mädchen fanden sich Entzündungen in der Mundhöhle, die man zuerst für Tuberculose hielt, die man dann aber als syphilitisch erkannte, als noch andere zweifellose Anzeichen für Syphilis auftraten. Die Uebertragung war durch den Bruder erfolgt.

E. J. MOURE.

40) **Castaneda. Inficirte Zahncyste des Mundbodens eine Angina Ludovici vortäuschend. (Kyste paradentaire infecté du plancher de la bouche simulant une angine de Ludwig.)** *Arch. Internat. de Laryngol. No. II. März-April 1905.*

Zahncysten sind als Ursache für eine diffuse septische Entzündung des Mundbodens bisher nicht beschrieben worden. Verf. theilt einen solchen Fall mit, in dem durch Incision und Curettage rapide Heilung herbeigeführt wurde.

E. J. MOURE.

41) **Breyer. Paralyse des M. genioglossus. (Paralysie du m. genioglossus.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Siège. No. 4. 1905.*

54jähriger Arbeiter mit Deglutitions- und Articulationsstörungen der Sprache seit mehr als 2 Jahren. Bei Untersuchung des Mundes zeigt sich die Zunge horizontal auf dem Mundboden fixirt, mit dem besten Willen kann Patient die Zungenspitze nicht in Contact mit dem Gaumen bringen; Dickenabnahme der rechten Zungenhälfte, fibrilläre Zuckungen längs der rechten Dorsalseite der Zunge, welche sich bei der Berührung in den hinteren drei Vierteln bis zur Höhe der vorderen Gaumenbögen bretthart anfühlt; nirgends sonst im Munde pathologische Veränderungen. B. stellt die Diagnose einer primitiven Myositis des M. genioglossus mit Atrophie der Muskelfibrillen und fibröser Entartung derselben. Die Ursache der Affection bleibt unermittelt.

BAYER.

42) **F. Fonck** (Quilpé, Chile). **Klinischer Beitrag zur Kenntniss der motorischen Innervationsstörungen der Uvula.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 48. 1904.*

Verf. hat innerhalb 30 Jahre einer ausgedehnten Praxis 142 Fälle von Lageabweichungen der Uvula gesammelt, über die er kurze Notizen giebt. Darunter sind 41 Fälle mit Affectionen des weichen Gaumens und Rachens, dann eine Reihe Fälle mit Affectionen naheliegender Organe (Ohrenentzündung, Struma, Laryngitis etc.), 19 Fälle von Tuberculose der Lungen, 6 Fälle von Syphilis, ferner Anämien, Herzkrankheiten, Magenkrankheiten u.s.w., endlich eine grössere Zahl von Nervenkrankheiten verschiedenster Art. Für einen wesentlichen Theil der Fälle nimmt Verf. eine anatomische Grundlage der Innervationsstörung des Zäpfchens an — so glaubt er, dass bei der Tuberculose oft ein neuritischer Herd aufzufinden sein dürfte —, in anderen Fällen hält er die Störung für eine functionelle, so dass in solchen Fällen die Ablenkung der Uvula als Zeichen der Neurasthenie zu deuten wäre.

F. KLEMPERER.

43) **Maxim. Wassermann** (Meran). **Ein congenitales Diaphragma pharyngo-palatinum.** *Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 611.*

Beschreibung und Abbildung der bei einer 71jährigen kyphoskoliotischen Patientin zufällig entdeckten Missbildung. Die beiden glatten Segel, die vom freien oberen Rande des Palatum molle hinter dem Arcus palatinus posterior horizontal zur hinteren Pharynxwand ziehen, lassen in weitester Entspannung eine mediane Oeffnung von höchstens 1 cm Durchmesser frei. F. KLEMPERER.

44) **Feigin. Tonsillarpfröpfe. (Probki mindalewidnich sheles.)** *Woenno-med. Journal. p. 822. 1903.*

Autor ist der Anschauung, dass die Tonsillarpfröpfe sich aus Speiseresten bilden. Zum Beweise für seine Anschauung scheint ihm der Befund ähnlicher Pfröpfe zwischen den Zähnen vollständig genügend. P. HELLAT.

45) **Imhofer. Tonsillitis chronica.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 17. Februar 1905.) *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Demonstration eines verbesserten Mandelquetschers in Form einer an einem Stiele befestigten drehbaren Walze. Bei flachen hypertrophischen Tonsillen der Sänger eventuell in Combination mit Schlitzungen zur Massage der Tonsillen empfohlen. CHIARI.

46) **H. B. Gardner. Secundäre Wirkungen, die durch chronische Vergrösserung der Tonsillen auf den Organismus ausgeübt werden können. (Secondary effects upon the system which may be produced by chronic enlargement of the tonsils.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Durch die Vergrösserung der Tonsillen wird die freie Athmung und die Oxydation des Blutes behindert; sie kann eine Ursache darstellen für varicöse Venen am Bein in der Jugend und auch für Hernien. ADOLPH BRONNER.

47) **F. Mindowski** (Breslau). **Zur Histologie der Mandelanhänge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 572.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen tumorartige Adnexe der Mandeln entfernt wurden. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich im Fall 1 um ein Angiofibrom der Gaumenmandel, in Fall 2 um einen Exsudatpfropf im Beginne der Organisation; im 3. und 4. Falle lagen wirkliche Nebenmandeln vor, d. h. vollkommene Wiederholungen des die Mandeln aufbauenden, lymphoiden Gewebes. Um einen Tonsillenanhang — eine Tonsilla pendula oder einen lymphoiden Polypen — handelte es sich auch in dem letzten Falle, bei dem ein Tumor von 12 g Gewicht und 3 cm Durchmesser den Rachenraum erfüllte; nach Abtragung desselben und nach weiterer Abtragung der vergrösserten, durch den Tumor plattgedrückten Rachenmandel wird die Ausgangsstelle der Geschwulst am linken Tubenwulst erkennbar. F. KLEMPERER.

48) **Preindlsberger** (Sarajewo). **Zur Exstirpation von Neoplasmen der Tonsille.** *Wiener klin. Rundschau. No. 48. 1905.*

Die Resection des Angulus mandibulae erleichtert in vielen Fällen jene Ein-

griffe, welche eine Pharyngotomia lateralis erfordern und erspart oft eine ausgedehntere Knochenoperation.

CHIARI.

49) **C. Compaired** (Madrid). **Linksseitiger Gaumenmandelstein mit nachfolgendem eitrigen Zwischenmandelabscess. (Calculo de la amigdala palatina izquierda. Abscess purulento intraamigdaliano consecutivo.)** *El Siglo Médico. No. 2642. 1904.*

Der interessante Fall betraf eine 43 jährige Frau, welche seit ihrer Kindheit sehr häufige Mandelentzündungen durchgemacht hatte. Der entfernte Stein bestand aus phosphor- und kohlensaurem Kalk und Magnesia. Die nähere Untersuchung desselben konnte nicht ausgeführt werden.

R. BOTEY.

50) **Laurent-Clarc** (Lyon). **Actinomycose der Mandel. (Actinomycose de l'amygdale.)** *Thèse de Lyon. 5. December 1904.*

Die Actinomycose der Tonsillen ist selten; Verf. hat nur 7 Fälle ausfindig gemacht. Die Affection hat einen schleichenden Verlauf; meist kommt sie gelegentlich einer Actinomycose der Umgebung zur Entdeckung. Die Complicationen sind häufig und sehr schwer; in erster Linie kommt die Cervicalphlegmone und die Meningitis basilaris in Betracht. Die Ausbreitung auf die Meningen scheint durch die Oeffnungen in der Schädelbasis längs der Nervenscheiden zu erfolgen.

PAUL RAUGÉ.

51) **Alexander Baurowicz. Zur Diagnose der Gummigeschwülste der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 168.*

Beschreibung eines Falles. Die taubeneigrosse glatte Geschwulst von normaler Farbe der Schleimhaut wurde für eine gutartige Neubildung gehalten, bis nach 6 Monaten ihr plötzlicher jauchiger Zerfall auf die richtige Diagnose führte.

F. KLEMPERER.

52) **E. Fletcher Ingals. Tonsillotomie; gründlich, schmerzlos und sicher. (Amygdalectomy, thorough, painless and safe.)** *Journal of the American Medical Association. 4. Februar 1905 und N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1905.*

Verf. zieht die kalte Drahtschlinge zur Entfernung der Tonsillen vor. Er giebt die Beschreibung und Abbildung einer Anzahl von Instrumenten, die er zur Erleichterung der Operation angegeben hat. Er giebt eine Beschreibung der von ihm unter Narkose vorgenommenen Operation.

EMIL MAYER.

53) **Robert C. Myles. Operative Behandlung der Gaumentonsillen. (Operative treatment of the faucial tonsils.)** *The Journal of the American Association. 29. October 1904.*

Verf. will die Anschwellung der Cervicaldrüsen als einen Fingerzeig für krankhafte Veränderungen der Gaumentonsillen angesehen wissen. Ferner soll man nicht in allen Fällen unterschiedlos die Tonsillotomie anwenden, sondern man sollte auch Messer, Scheere, Hakenzange, Drahtschlinge, Curette u. s. w. je nach den besonderen Erfordernissen des Falles benutzen. Es müssen bei Kindern

mit ausgesprochener Cervicaldrüsenschwellung die Tonsillen gründlichst an ihrer Basis entfernt werden. EMIL MAYER.

54) **Oscar Wilkinson. Ein Fall von Blutung nach Tonsillotomie, geheilt durch Adrenalin. (A case of hemorrhage after tonsillotomy relived by Adrenalin.)** *Journal of the eye, ear and throat disease. Juli-August 1904.*

Bei einem 17 jährigen Mädchen wurde unter Lachgasnarkose die doppelseitige Tonsillotomie gemacht. Es trat eine Blutung auf, deren man durch Anwendung von 1 procentiger Adrenalinlösung und Eis Herr wurde. Ein und eine halbe Stunde nachdem sie den kurzen Weg nach ihrem Hause zurückgelegt hatte, trat eine profuse Blutung auf. Es wurde zuerst wieder Adrenalin äusserlich und dann innerlich alle 20 Minuten 10 Tropfen gegeben. EMIL MAYER.

55) **Edward J. Brown. Fall von primärer und secundärer Tonsillarblutung nach Anwendung von Tonsillotom und Schlinge. (Cases of primary and secondary tonsillar hemorrhage following removal both with tonsillotome and snare.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

I. Fall: Tonsillotomie bei einem 28 jährigen Mann; lang fortgesetzte Compression brachte die Blutung zum Stehen, die unmittelbar nach der Operation aufgetreten war.

II. Fall: 33 jährige Frau; Entfernung mit der Schlinge; schwere Blutung 15 Tage später, die nach einigen Stunden stand.

III. 6 jähriges Mädchen. Entfernung mit der Schlinge; Blutung zwei Tage später.

Verf. hat eine Vorliebe für die schwere Schlinge. EMIL MAYER.

56) **Springer** (Prag). **Instrument zur Massage der Tonsillen und zur Compression derselben nach Tonsillotomie.** *Prager med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Zwei gekreuzte, stellbare Branchen, von denen eine eine Art Knapp'sche Rollpincette (in einer Gabel drehbare Metallwalze) darstellt, die andere ein Schaufelhaken ist, womit die Tonsille herausgehebelt werden kann. CHIARI.

d. Diphtherie und Croup.

57) **Hongardy. Die Diphtheritis auf der Kinderklinik der Lütticher Universität. (La diphtérie à la Clinique infantile de l'Université de Liège.)** *Annales de la Soc. Méd. Chirurg. de Liège. No. 7. 1905.*

Unter 245 Kindern waren 207 an wahrer Nasen-, Rachen- und Kehlkopfdiphtheritis erkrankt. Darunter waren 75 Fälle mit Croup, woven 3 Fälle genuinen Croups. Bei den ersten 2 Fällen genuinen Croup gingen Masern voraus, während beim 3. Kinde keine Krankheit vorlag. 20 Fälle endeten letal, was eine Morbidität von 9,66 pCt. ergiebt. — In 14 Fällen hatte man es mit hypertoxischen Anginen zu thun, in einem Fall mit Complication von Ulcerationen, welche sich rapid auf die Wangen und Zahnfleisch ausbreiteten. Ihrer bacteriologischen Natur nach waren 170 reine Diphtheriefälle, 37 Mischfälle von diphtherischen Bacillen mit anderen Bacillen (Tetragenus, Streptococcus). In Bezug auf die Localisation lagen drei

Fälle reiner Nasendiphtheritis, 3 reiner Laryngitis und 3 von Munddiphtheritis vor. Bei einem Patienten entwickelte sich ein Retropharyngealabscess, einmal trat zugleich Scharlach auf; in einigen Fällen leichte Albuminurie, bei 51 pCt. der Fälle stellte sich ein Serumerythem polymorpher Natur ein. Nie wurden Recidive beobachtet, wohl aber secundäre Anginen ohne Diphtheriebacillen. Von Lungencomplicationen lag ein Fall von ausgesprochener diphtherischer Pneumonie vor, geheilt durch Seruminjectionen. Von 6 Bronchopneumonien existirten schon 4 vor dem Eintritt. 22 Croupfälle heilten ohne chirurgischen Eingriff; 9 Fälle wurden tracheotomirt mit 4 Heilungen; 44 wurden sofort intubirt mit 5 Todesfällen. Die mittlere Intubationsdauer betrug 3 Tage. — Zum Schluss lässt Verf. die Mittheilung von 3 aussergewöhnlichen Beobachtungen folgen.

BAYER.

58) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Nasendiphtherie. (Neus-diphtherie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1156. 1905.*

Ein Fall von schwerer Scharlachdiphtherie mit Augen-, Ohren- und Nasencomplicationen und nachfolgender Narbenobstruction der Nase.

H. BURGER.

59) **Hongardy. Die Intubation bei der Behandlung der Diphtheritis. (Le tubage dans le traitement de la Diphtérie.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Liège. No. 5. 1905.*

Nach einer kurzen historischen Einleitung beschreibt H. das Instrumentarium von O'Dwyer, sowie die Modificationen desselben. Er empfiehlt kurze Röhren aus vergoldetem Silber oder aus Ebonit und verwirft absolut die vernickelten Röhren. Nach Besprechung der Technik, der Vornahme der Intubation und der Behandlung nach Ausführung desselben, geht er auf die Extubation über unter Würdigung der angewandten Methoden (Bayeun'sche Enucleation etc.). Was die Indicationen der Intubation anbelangt, so decken sich dieselben mit denen der Tracheotomie; nicht unbeachtet soll man dabei die Prädisposition zum Glottiskrampf lassen; er erwähnt eines derartigen Falles, der tödtlich verlief. Unter den üblen Zufällen, welchen man bei der Intubation ausgesetzt sei, erwähnt er: falsche Wege, Einführung der Röhre in den Oesophagus, Verstopfung der Röhre durch Pseudomembranen, Aushusten der Röhre, Ulcerationen des Larynx, welche sich vermeiden liessen durch frühzeitige Entfernung der Röhre; Versuch nach 12—24 Stunden. Was den Werth der Intubation betrifft, so hält er dieselbe der Tracheotomie für bedeutend überlegen.

BAYER.

60) **Wates Bowler** (Victoria). **Tracheotomie versus Intubation bei Diphtherie. (Tracheotomy versus intubation in diphtheria.)** *Intercolonial med. Journal. 20. Juli 1905.*

Verf. hat die Intubation zu Gunsten der Tracheotomie aufgegeben, vor allem deswegen, weil, wenn die Intubation nichts hilft und man dann noch die Tracheotomie vornimmt, die grösste Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass letztere ebenfalls keinen Erfolg mehr hat. In dem Hospital des Verf. trat in 24 Fällen von Intubation 10 mal Heilung ein, bei 46 Fällen von Tracheotomie 26 mal.

A. J. BRADY.

61) **Wm. K. Simpson. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, der Intubation erfordert, mit Complication von Cerebrospinalmeningitis beim Erwachsenen. (A case of laryngeal diphtheria necessitating intubation complicating cerebrospinal meningitis in a adult.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1905.*

Die Complication mit Cerebrospinalmeningitis erfolgte am 20. Krankheitstage. Die Diphtherie der oberen Luftwege ging nach Injection von 30 000 I. E. zurück; Pat. starb 17 Tage später an der Meningitis. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Nobomitsu Niskiyama. Die Kehlkopfmuskeln des Hylobates lar., verglichen mit denen anderer Affen und des Menschen.** *Diss. med. Rostock 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

63) **G. Geronzi. Ueber die Anwesenheit von intramusculären Nervenganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern. (Sulla presenza di gangli nervosi intramuscelari in alcuni muscoli intrinseci della laringe.)** *Boll. Soc. Lancisiana Ospedali. Anno 24. Fasc. 1. p. 256. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

64) **Grabower** (Berlin). **Die Vertheilung und Zahl der Nervenfasern in den Kehlkopfmuskeln und die Hinfälligkeit des Erweiterers der Stimmritze.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 2. S. 189.*

Verf. hat an 40 Kehlköpfen die Nervenvertheilung makroskopisch genau untersucht, bei einer Reihe von ihnen, zum Theil in lückenlosen Serienschnitten, die intramusculäre Nervenversorgung mikroskopisch verfolgt und endlich bei einigen die Nervenfasen der in die einzelnen Muskeln einziehenden Nervenäste einer Zählung unterworfen. Er kommt dabei zu dem Resultat, dass der Musculus posticus von allen Kehlkopfmuskeln am schlechtesten versorgt ist. Makroskopisch schon zeigt sich die Innervationsfigur des Musc. posticus verschieden von der aller Kehlkopfmuskeln. Beim Posticus ist der Innervationsstamm ein einseitig gefiederter, d. h. die Aeste ranken nur nach einwärts in die Muskelfläche hinein. Das Verästelungsgebiet erstreckt sich im Posticus nur über die übrigen zwei Drittel des Muskels, während das untere Drittel und ein grosser Theil der medialen Partie desselben makroskopisch nervenfrei erschienen. Bei den Adductoren ist es eine nach allen Richtungen strahlen- oder sternförmig im Muskel sich ausbreitende Nervenverzweigung, welche irgend welche grösseren Innervationslücken nicht erblicken lässt. Ausserdem zeigt sich beim Posticus die Verästelung der Hauptzweige ganz dicht unter der Muskeloberfläcke, während bei den Adductoren der eintretende Nerv die obere Muskellage mehr (M. vocalis und transversus) oder weniger (M. thyreo-cricoideus) tief durchbricht und erst in der Tiefe sich in seine Zweige auflöst. Die mikroskopische Betrachtung lässt erkennen, dass die intramusculäre Nervenversorgung im Posticus hinter der in den Adductoren an Reichthum beträchtlich zurücksteht und dass die Vertheilung der Nervenelemente in ersterem Muskel eine ungleichmässigere ist als in den letzteren; zwar werden

in den Adductoren auch nicht alle Theile des Muskels gleichmässig von intramusculären Nervenverästelungen durchsetzt, aber es werden bei ihnen so grosse Strecken spärlicher Innervation wie beim Posticus nicht angetroffen. Die Zählung endlich ergab in den gesammten den Posticus versorgenden Nervenelementen im Durchschnitt 281 Nervenfasern, für den M. internus et externus im Durchschnitt 485 Nervenfasern, für den M. lateralis im Durchschnitt 195 Nervenfasern (für den gesammten adductorischen Muskel: Internus et externus + lateralis also 680), für den Musc. transversus endlich 279 Fasern und für den Thyreocricoideus 220—230 Fasern. Der Musc. posticus besitzt danach von allen vom Recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln die geringste Zahl von Nervenfasern und da auch auf das Gewicht der Muskeln berechnet die Faserzahl beim Posticus die geringste ist, erklärt Verf. ihn für den absolut und relativ nervenärmsten der vom Recurrens innervirten Kehlkopfmuskeln. In diesen anatomischen Verhältnissen erblickt er die natürliche Ursache der grösseren Hinfälligkeit des Posticus.

F. KLEMPERER.

65) **A. Onodi. Bemerkungen zu dem Aufsatze der Herren P. Schultz und Dorendorf: „Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens".**

66) **Paul Schultz. Zusatz zu den Bemerkungen des Herrn Onodi.**

67) **A. Onodi. Replik.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. Heft 3. S. 615—622.*

Schultz und Dorendorf constatiren in Onodi's Stellungnahme zur Recurrensfrage Widersprüche. Onodi erklärt diese damit, dass er die Befunde der anatomischen und der physiologischen Untersuchung in seiner Darstellung getrennt mitgetheilt habe. Schultz hält solche Trennung nicht für streng durchführbar: Ueber die Frage, ob ein Nerv sensibel, motorisch oder gemischt ist, kann nur das physiologische Experiment entscheiden, „es giebt nicht in ausschliesslich anatomischem oder morphologischem Sinne centripetale und centrifugale Nerven."

F. KLEMPERER.

68) **Broeckaert** (Gent). **Anatomo-pathologische Untersuchung eines Falles von frischer Recurrenslähmung; neuer Gesichtspunkt hinsichtlich der Entstehung der Muskelveränderungen, speciell des Crico-arytaenoid. postic. (Examen anatomo-pathologique d'un cas du Paralysie récente du récurrens laryngé; considérations nouvelles sur la génèse des altérations des muscles spécialement du crico-aryténoïdien postérieur.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 1. Fasc. 1905.*

Die frühzeitige Degenerirung und Atrophie, welcher man am Musc. cricoarytaenoid. post. in Fällen von Recurrensläsionen begegnet, lassen sich weder durch die ganz specielle biochemische Constitution dieses Muskels, noch durch eine besondere Fragilität der Dilatatorfasern des Recurrens erklären. Grabower glaubte die Lösung des so viel discutirten Problems gefunden zu haben, indem er nachwies, dass der M. cricoaryt. post. weniger reich an Nervenfasern ist als die anderen Muskeln, welche die Adduction der Stimmbänder besorgen. Diese neuen Untersuchungen bestätigen nur die Kraftpräponderanz der Adductoren. Das Studium

der Genese der Muskelalterationen hat den Autor veranlasst, anderweitig als in Nervenläsionen, nach der Ursache des vorzeitigen und präponderirenden Ergriffenseins des Posticus zu suchen. Neben der neuropathischen Atrophie sieht er einen Hauptfactor, welcher bisher bei dem Studium der Recurrensparalyse verkannt ward, in der Muskelhypämie, welche eine Störung repräsentirt, veranlasst durch die Verminderung der Blutquantität, welche im normalen Muskel circulirt.

Dieselbe wird hervorgerufen, sei es durch Compression der Art. laryng. post., welche von der A. thyroid. inf. herstammt, sei es durch einen Gefässspasmus durch eine Störung der vasomotorischen Innervation. Die für den Posticus bestimmten Vasomotoren kommen in der That vom Plexus thyroid. inf. her, der Fasern vom Ganglion cervical. inf. des Sympathicus erhält. Das Studium der verschiedenen Ursachen, welche auf den Recurrens einwirken, zeigt, dass die Gefässe und Gefässnerven, welche sich zum Posticus begeben, nicht ausserhalb des Bereiches der schädlichen Einwirkung liegen, während die gleichen Organe, die für den Muskelapparat der Adductoren bestimmt sind, kaum pathologischen Gefahren ausgesetzt sind. Zur Bestätigung seiner Theorie hat der Autor am Kaninchen eine partielle Obliteration der ernährenden Gefässe der Muskeln einer Kehlkopfhälfte bewirkt. Schon nach 3 Wochen waren die Muskelbündel atrophirt und degenerirt, ebensowohl im Posticus als bei den Adductoren, während doch der Posticus besonders lange einer einfachen Zerstörung des N. laryng. inf. widersteht.

Die Untersuchung zweier klinischer Fälle mit Autopsie hat ebenfalls gezeigt, dass die Art. laryng. post. mit dem Recurrens in eine degenerirte Lymphdrüse eingeschlossen der Sitz einer chronischen stenosirenden Entzündung wurde.

BAYER.

69) **E. Baumgarten. Tabische Larynxkrisen.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Die Krisen offenbarten sich in peinlichen Hustenanfällen. Lähmungen im Larynx waren nicht vorhanden. . v. NAVRATIL.

70) **J. Mort** (Winterthur). **Ueber Ictus laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 43. 1904.*

Bericht über zwei Fälle, in denen Verf. dem chronischen Alkoholismus und der Arteriosklerose eine ätiologische Bedeutung zuschreibt. Wie der echte Ictus mit der charakteristischen Bewusstlosigkeit, so stehen auch die durch einen Reiz im Kehlkopf ausgelösten Schwindelanfälle, die Vertigo laryngea, nach Verf.'s Ansicht mit Alkoholismus und Arteriosklerose in Zusammenhang; beide Symptomencomplexe sind Symptome einer Vagusneurose, die auf dem prädisponirenden Boden des chronischen Alkoholismus sich entwickelt. F. KLEMPERER.

71) **Preobrachenski. Ueber die Bedeutung der Nase und des Rachens für die Sprache. (O snatschenii nosa i glotki dija reischi.)** *Wratsch. gaz. No. 1. 1905.*

Autor betrachtet zunächst die Sprachstörungen, welche als mechanische Folgen des jeweiligen Zustandes der Nase und des Rachens unbedingt vorhanden sind. Als solche sind der nasale Klang, die „todte" Sprache etc., und ferner

solche Störungen, welche auf Umwegen durch die Nase resp. den Rachen hervorgerufen werden, wie z. B. das Stottern, die Hörstummheit und endlich verschiedene Stimmstörungen.

Für das Stottern glaubt P. den Reflex beschuldigen zu können, für die Hörstummheit hauptsächlich mechanische Schwierigkeiten, mitunter Furcht vor Strafe.

P. HELLAT.

72) **Senator. Aphasie combinirt mit linksseitiger Hemiplegie bei einer Rechtshändigen. (Apasia s lewosterow. hemiplegiei w prawschi.)** *Prakt. Wratsch. No. 2. 1905.*

Die Arbeit hat hauptsächlich Interesse für Neurologen. P. HELLAT.

73) **P. Hellat. Fehlerhafte Sprache, corrigirt durch Paraffininjectionen.** (Protokoll des Vereins St. Petersburger Aerzte.) *Petersburger med. Wochenschrift. No. 50. 1904.*

H. stellt eine Patientin vor, die seit der Kindheit nach überstandener Diphtherie sehr schlecht sprach, beständig sich verschluckte und beim Sprechen an exspiratorischer Dyspnoe litt. Gelähmt waren hauptsächlich die Constrictores pharyngis (nach H.'s Anschauung ist das die häufigste Form der postdiphtherischen Lähmung). Durch wiederholte Injection in den prävertebralen Raum in der Höhe des Gaumenbogens gelang es, die Sprache so weit zu bessern, dass Patientin so gut wie tadellos spricht. Ausser recht andauernder Schmerzhaftigkeit nach der Injection wurden keine Störungen constatirt. H. hält seinen Versuch, das Paraffin in diesem Sinne zu verwenden, für den ersten. P. HELLAT.

74) **Ch. Féré. Das epileptische Stottern. (Le begaiement épileptique.)** *La Belgique Méd. No. 30. 1905.*

Die Epilepsie coincidirt mit Stottern in einer grossen Anzahl von Fällen. Dasselbe kann für das ganze Leben fortbestehen. Manchmal ist es stärker nach einem Anfall. Seine Verschlimmerung kann abortive epileptische Anfälle verrathen. Seltener tritt es bei einem Epileptischen in mehr oder minder kurzen Perioden auf. Dieses vorübergehende Stottern kann mit convulsiven und anderen Anfällen verknüpft sein, sei es, dass es diesen vorausgeht oder sich an sie anschliesst oder dass es dieselben ersetzt.

Der Autor theilt 3 einschlägige Fälle mit. BAYER.

75) **Tóvölgyi. Ueber Kehlkopferkrankungen der Sänger.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1905.*

Betont die Nothwendigkeit der Ueberwachung der Gesangsorgane durch Aerzte; spricht über die wichtigsten Erkrankungen derselben; demonstrirt zwei Apparate eigener Erfindung zur äusseren Vibrationsmassage des Kehlkopfs.

v. NAVRATIL.

76) **Homer Dupuy. Die Falsett- oder Eunuchenstimme. (The falsette or eunuchoid voice.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Athemübungen mit besonderer Berücksichtigung einer gründlichen abdominalen Distension müssen einen Theil der Behandlung bilden. Die Stimme wird

tiefer, wenn man den Finger auf das Pomum Adami setzt und während man hier drückt, den Patienten auffordert, zu sprechen oder zu singen. Makuen bediente sich dieser Methode in einem Fall mit Erfolg und Verf. kann nach seinen Erfahrungen ihre Nützlichkeit nur bestätigen. Alle seine Fälle sind dauernd geheilt.

EMIL MAYER.

77) Marage. **Wie kann man die Stimme der Taubstummen modificiren? (Comment on peut modifier la voix des sourds-muets.)** *Arch. Internat. de Laryngologie. No. VI. 1904.*

Das Ziel kann erreicht werden dadurch, dass man ihr Gehör entwickelt und zwar durch das Hören von Musikinstrumenten und indem man sie dann allmälig leichte Noten singen lehrt.

E. J. MOURE.

78) **Th. S. Flatau** und **H. Gutzmann** (Berlin). **Neue Versuche zur Physiologie des Gesanges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 11.*

Die Verff. schreiben mit dem verbesserten Zwaardemaker'schen Apparat zur Selbstregistrirung der Sprachbewegungen bei phonirenden und Tonfolgen singenden Personen Curven: 1. der Lippenstülpung, 2. der Unterkieferbewegung, 3. der Anspannung des Mundbodens und 4. der Auf- und Abbewegung des Kehlkopfes. Sie glauben in ihren Curven zwei Typen unterscheiden zu können: Bei der ersten zeigen sich in dem Kehlkopf wie in den Kiefer- und Lippenbewegungen stark ausgesprochene Vokaldifferenzen, dabei schwache, zum Theil minimale Mundbodenbewegungen; bei der zweiten geringe Kehlkopfbewegungen, Verschwinden der Vokaldifferenzen, dabei starke unabhängige Mundbodenbewegungen. Das Wesen des zweiten Mechanismus erblicken die Verff. darin, dass er periphere Theile zu Gunsten des Kehlkopfes belastet und eine einheitlich gewahrte Form des Ansatzrohres anstrebt, wobei die zu verschiedener Vokalisation noch nothwendigen Veränderungen mehr und mehr der unabhängiger gewordenen Mundboden- und Zungenaction zufallen. Den ersten Typus sprechen sie als Vertreter des reinen Naturgesanges an, den zweiten als den des Kunstgesanges; zwischen beiden finden sich Uebergangsformen.

F. KLEMPERER.

79) Auché. **Spasmus glottidis beim Keuchhusten. (Spasme de la glotte dans la coqueluche.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 47. 1904.*

Die Spasmen waren häufig von veritablen asphyktischen Anfällen von 1 bis 2 Minuten Dauer mit äusserster Cyanose begleitet; der Puls war dabei klein und rapide, so dass man stets auf einen tödtlichen Ausgang gefasst war.

E. J. MOURE.

80) Leuriaux. **Practische Resultate mit der serotherapeutischen Behandlung des Keuchhustens. (Resultats pratiques du traitement sérothérapeutique de la coqueluche.)** *La Presse Méd. Belge. No. 16. 1905.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler, am 8. April 1905, theilt L. die Resultate über die serotherapeutische Behandlung des Keuchhustens von 418 auf diese Weise behandelten Fällen mit. Darunter ergaben 299, also 70pCt., positive Resultate, d. h. Heilungen im Zeitraum von 14 Tagen bis 3 Wochen;

negative Resultate 119 Fälle, also 30 pCt., darunter sind inbegriffen die Complicationen mit Bronchopneumonie, diffuser Bronchitis, Masern etc., im Ganzen 25 Fälle; Zufälle in Folge der Seruminjectionen kamen in 64 Fällen, also 17 pCt., vor.

Unter diesen Fällen sind die persönlichen Beobachtungen des Autors nicht mit inbegriffen; es sind dies die Resultate einer Prüfungscommission.

BAYER.

81) **Richard Rahner** (Gaggenau). **Das Antitussin in der Behandlung des Keuchhustens und seine Stellung gegenüber den anderen gebräuchlichen Keuchhustenmitteln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1905.*

Rahner empfiehlt warm das Antitussin, das Zahl und Intensität der Anfälle rasch herabsetzt und nicht nur krampflindernd, sondern auch schleimlockernd wirkt; ausserdem verhütet es das Weiterschreiten der Infection in die tieferen Luftwege und damit die sonst so gefürchteten Complicationen. Bei rechtzeitiger Anwendung verhütet es das Stadium convulsivum, ist ohne jede schädliche Nebenwirkung und auch bei Säuglingen anwendbar. In Fällen besonders schwerer Rachitis und bei bestehender Bronchopneumonie versagt das Antitussin. Vermöge seiner Applicationsweise ist eine consequente Durchführung der Behandlung auch dem Publicum gegenüber gesichert. Im Vergleich zu den anderen gegen Pertussis angewandten Mitteln, die Autor vergleichsweise bespricht, ist das Antitussin allen, selbst dem Chinin, bedeutend überlegen.

HECHT.

82) **Heinrich Halász. Idiopathischer Kehlkopfabscess.** *Gyógyászat. No. 1.*

Beschreibt einen Fall von idiopathischer Perichondritis der Cartilago cricoidea. Die Erkrankung verlief chronisch, heilte spontan; keinerlei constitutionelles Leiden war zu constatiren.

v. NAVRATIL.

83) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **„Idiopathisch“ entstandener Kehlkopfabscess.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Bericht über einen Fall von genuiner Perichondritis der rechten Seite des Ringknorpels mit Stenosenerscheinungen: die erkrankte Stelle konnte nur bei Untersuchung in Killian'scher Stellung wahrgenommen werden. Es zeigte sich „an der rechten Seite des Kehlkopfes, 1 cm unter der Stimmritze beginnend, eine gegen die Luftröhre $1^1/_2$—2 cm tief hinabragende, in das Kehlkopfinnere vorspringende und das Lumen beträchtlich verengende, von blutreicher Schleimhaut bedeckte Anschwellung.“ Nach Vornahme der tiefen Tracheotomie behufs Herstellung einer freien Athmung sollte am nächsten Tage der Abscess eröffnet werden; derselbe brach jedoch vorher spontan durch, wobei wahrscheinlich „das in der Abscesshöhle mobil gewordene abgestorbene Stückchen Knorpel“ mit dem Eiter expectorirt wurde. Die Heilung verlief glatt ohne irgend welche Complicationen oder Residuen.

HECHT.

84) **J. J. Wester. Die Diagnose von Cornage. (De diagnose van cornage.)** *Tijdschr. v. Veeartsenijkunde. Bd. XXXII. No. 2. November 1904.*

W. erwähnt die Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung des Kehlkopfpfeifens der Pferde. Dasselbe wird bekanntermaassen durch eine gewöhnlich

linksseitige Recurrensparalyse verursacht. Laryngealer Stridor kann indessen auch auf Epiglottistumoren, Schleimhautverdickung durch chronische Laryngitis oder Schwellung der Arytaenoidknorpel beruhen. Das Laryngoskopiren begegnet practisch grossen Schwierigkeiten. W. macht am unteren Kehlkopfrand in der Medianlinie des Halses eine kleine Incision in der Luftröhre und palpirt durch diese Oeffnung mit dem Zeigefinger die unteren Ränder der Arytaenoiden. Auf diese Weise constatirt er beim Cornage Asymmetrie der knorpeligen Glottis und die Unbeweglichkeit des gelähmten Knorpels. (Für die menschliche Laryngologie weniger geeignete Untersuchungsmethode! Ref.) H. BURGER.

f. Schilddrüse.

85) **H. Christiani. Degeneration und experimentelle Atrophie der Schilddrüsenpfropfungen infolge Ingestion toxischer Dosen von Schilddrüsenpastillen. (Dégénérescence et atrophie expérimentale des greffes thyroidiennes par ingestion à dose toxique de pastilles de glande thyroide.)** *C. R. Soc. de Biol. LV. Vol. 2. p. 68.*

Füttert man Ratten, denen die Thyreoidea partiell exstirpirt ist, mit Thyreoidintabletten, so tritt Degeneration und Atrophie des Thyreoidearestes ein. Bei den Controlthieren tritt Regeneration der Thyreoidea ein.

J. KATZENSTEIN.

86) **H. Christiani. Entwickelung überflüssiger Schilddrüsenpfropfungen. (Evolution des greffes thyroidiennes superflues.)** *Compt. rend. Soc. de Biol. T. 58. No. 8. p. 361.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

87) **Gautier** und **Kummer** (Genève). **Mittheilung eines Falles von erfolgreicher Ueberpfropfung menschlicher Schilddrüse bei einem infolge angeborenen Fehlens dieser Drüse gänzlich unentwickelten Mädchen nach der Methode von Christiani. (Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne [Methode de Christiani] chez un enfant arriéré par defaut de développement de la glande thyroïde.)** (Vorstellung des Falles in der Gesellschaft der Genfer Aerzte am 11. Mai 1905.) *Revue de la Suisse romande. No. 6. 1905.*

Das idiotische 3jährige Mädchen, äusserst mager und schwach, ohne jegliche Spur von Myxödem, welches nur unarticulirte Laute ausstossen, weder sitzen noch stehen kann und den Koth immer unter sich gehen lässt, wird October 1903 im Hôpital Butini in Genf aufgenommen. Schon bei der Gabe von Thyroidtabletten treten sofort Fortschritte ein. Das Kind bekommt Kraft zum Sitzen und zum Stehen, fängt an zu sprechen; der absolut blöde Blick wird etwas intelligenter, das Kind fängt an, den Topf zu verlangen. Da aber das Medicament per os allmälig garnicht mehr vertragen wird, so pfropft man dem Kinde am hinteren Rande der linken Achselhöhle unter Aethernarkose kleine Stückchen gleichzeitig durch Kropfexstirpation bei einem 18jährigen Mädchen gewonnener, absolut gesunder Schilddrüse unter die Haut ein. Heilung der 1 cm langen Wunde per primam. Die schon eingetretene Besserung zeigt von jetzt an eine raschere und regel-

mässigere Zunahme, so dass das Kind nach 9 Monaten steht und geht, mit den andern Kindern spielt und zankt und in jeder Beziehung als normales, jedoch noch immer sehr mageres Mädchen von mittlerem Werth abgeschätzt werden kann. Die Schilddrüsenpfröpfe lassen sich auch später, nach 14 Monaten, gut durch die Haut durchfühlen, haben sich also lebensfähig organisirt.

Bei der Vorstellung giebt Christiani einige Anhaltspunkte zur erfolgreichen Ueberpflanzung von Schilddrüse. Er bezeichnet die scrupulöseste mikroskopische Prüfung des zu übertragenden Stückchens als das wichtigste Geschäft zum Erfolg. Ferner empfiehlt er vorher einen Versuch mit Ingestion von Schilddrüsenpräparaten zu machen, erstens, um zu sehen, wie diese Einverleibung überhaupt vertragen wird, zweitens, weil es scheint, dass durch innerliche Anwendung das gewöhnliche und typische Myxödem der Patienten vermindert wird, was für die Organisation der Pfröpfe günstig sei.

Kummer, welcher den vorliegenden Fall bepfropft hat, ist mit einer Publication beschäftigt, in welcher mehrere einschlägige günstige Ergebnisse aus seiner Praxis mitgetheilt werden sollen.

JONQUIÈRE.

88) **Getzowa** (Gomel). **Ueber die Thyreoidea von Cretinen und Idioten.** *Berner Dissertation. Berlin 1905.*

Langhans fand schon lange bei nicht kretinischen Idioten ähnliche Zustände der Schilddrüse wie bei echten Cretinen und liess dieses Ergebniss durch W. Coulon (Virchow's Archiv, Bd. 147, 1897) eingehend bearbeiten. Verfasserin führt diese Untersuchung unter Langhans an Material des pathologischen Instituts an 5 echten Cretinen, 6 Idioten ohne Cretin-Habitus und 1 Mikrocephalen weiter und kommt auch zum Ergebniss, dass sich die Schilddrüsen dieser Aller bezüglich der Atrophie nicht merklich von einander unterscheiden, und dass auch die hypertrophische Drüse des einen Idioten mit der Hypertrophie bei den Cretinen viel Gemeinsames habe. Das Colloid findet sich nur in vereinzelten Drüsenbläschen und ist stark entartet. Die Läppchen und Bläschen sind klein. Das bindegewebige Stroma ist verbreitert, das Epithel in höchstem Maasse degenerirt. Die Kerne sind besonders mannigfach verändert, klumpig zusammengeballt, die Bläschen oft zusammengeflossen. Die Arterien zeigen die bekannte Knospung, welche vom Endothel ausgeht. Die höher stromaufwärts liegenden Knospen werden als Anpassungsvorgänge beim Uebergang von der normalen zur atrophischen Circulation beurtheilt. Diese Knospen wurden in Venen niemals sicher aufgefunden. Die Venen zeigen vielmehr Faltung in ihrem Lumen, sowie Verwachsung und hyaline Entartung der Falten.

JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

89) **J. Broeckaert. Beitrag zur Chirurgie des Oesophagus. (Contribution à la chirurgie de l'oesophagus.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 2. Fasc. 1905. La Presse oto-laryng. Belge. No. 5. 1905. La Belgique Méd. No. 26. 1905.*

B. hat an einer Reihe operativer Uebungen die verschiedenen Wege aufgesucht, auf welchen man dem Oesophagus beikommen kann:

I. Verfahren vom Halse aus: Der Cervicalweg ist seit langer Zeit gewählt worden, sei es behufs Extraction von Fremdkörpern, sei es zur Lostrennung gewisser Narbenverengerungen. Man hat sogar und zwar mit einem gewissen Erfolg die Oesophagectomie vom Halse aus in Fällen umschriebenen und auch secundären Krebses nach Kehlkopfkrebsen vorgenommen.

B. hat sodann persönliche Untersuchungen angestellt über den besten Weg um an den Brusttheil des Oesophagus auf II. dem hinteren mediastinalen Wege zu gelangen.

Seine Schlüsse sind folgende:

1. Das Verfahren scheint ihm angezeigt, wenn es sich darum handelt, das obere intrathoracische Drittel zu erreichen in der Absicht, eine Resection vorzunehmen. Wegen der Obliquität nach unten rechts vor den Rippen würde die Cervicaloesophagectomie genügen zur Extraction von in diesem Niveau festsitzenden Fremdkörpern.

2. Wenn man das mittlere Drittel der intrathoracischen Portion des Oesophagus erreichen will, ist der Zugangsweg immer rechts gelegen.

3. Vom 8. bis 10. Brustwirbel räth er, den Zugangsweg von links aus zu nehmen.

4. Diese beiden mediastinalen Wege scheinen ihm nur behufs Extraction von Fremdkörpern ihre vollkommene Berechtigung zu haben. Die Resection einer beträchtlichen Portion des Oesophagus ist sehr schwer auf dem hinteren Mediastinalweg zu bewerkstelligen und darf nur für einen engbegrenzten Krebs oder solche Verengerung versucht werden.

5. Die Endportion des Oesophagus, hauptsächlich die Cardia, ist vom vorderen Mediastinum aus unzugänglich.

III. Verfahren vom vorderen Mediastinalwege aus. B. hat am Cadaver und am lebenden Hunde die Untersuchungen von Sauerbruch behufs eines zugänglichen Weges zum Oesophagus durch eine Eröffnung der vorderen Thoraxwand wieder aufgenommen. Die von v. Mikulicz und Sauerbruch angepriesene einfache Thoracotomie scheint ihm ungenügend. Nach zahlreichen Versuchen hat er folgendes Verfahren adoptirt:

a) Transversalincision im IV. oder ausnahmsweise im V. Intercostalraum, beginnend am äusseren Sternalrand in einer Länge von 8—10 cm;

b) Perpendiculär am Sternalrande der Incision führt man eine zweite aus über den V. und VI. Rippenknorpel hin; darauf klappt man den Lappen mit dem adhärirenden Knorpel um und nimmt eine breite Eröffnung der Pleura vor.

c) Zurückschieben der Lunge mit einer sterilisirten Compresse und Loslösen des Oesophagus, welcher sich links von der Wirbelsäule und der Aorta hinter dem Pericardium, überzogen von einem dünnen Pleuralblatt, befindet, mit den Fingern.

Dieser Zugangsweg zum Oesophagus vom vorderen Mediastinalraum aus findet seine Indicationen

1. zur Abtragung eines Krebses des Brusttheils des Oesophagus,

2. im Falle einer unüberwindlichen Verengerung des unteren Theiles desselben.

Im Gegensatz zu Sauerbruch ist B. der Ansicht, dass man auf diesem Weg nicht mehr als 2 cm vom Oesophagus entfernen soll.

IV. Verfahren vom Abdomen aus: Die Gastrotomie ist eine werthvolle Methode zur Extraction von Fremdkörpern, welche im Niveau und selbst oberhalb der Cardia festsitzen; sie ist sogar zu wählen, wenn der Fremdkörper Läsionen der Oesophaguswandungen und Abscessbildungen in der Umgegend hervorgerufen hat.

BAYER.

90) **Tschekan. Zur Chirurgie des Oesophaguskrebses. Zwei Fälle von Gastrostomie infolge von Oesophaguskrebs. (K chirurgii raka pischtschewoda. 2 sl. gastrostomiae po powodu raka pischtschewoda.)** *Wratsch Gaz. No. 11. 1903.*

Hat rein chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

91) **H. Neumayer** (München). **Die Oesophagoskopie bei der Diagnose und Therapie von Fremdkörpern in der Speiseröhre.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1905.*

Erörterung der Untersuchungsmethode, wie sie sich Autor am Besten bewährte und Bericht über 24 einschlägige Fälle, die Neumayer im Verlaufe von 8 Jahren in Behandlung bekam. Die Krankengeschichten sind in extenso beigegeben. Anschliessend epikritische Betrachtungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen. Bezüglich Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

92) **Henrard. Zwei Fälle von Fremdkörperextraction aus dem Oesaphagus bei Kindern vermittelst einer Zange mit verschiebbaren Branchen unter Beihülfe der Radioskopie. (Deux cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branches glissantes avec l'aide de la Radioscopie.)** *Archives Méd. Belges. Mai 1905.*

In beiden Fällen handelt es sich um 2 Centimesstücke, festsitzend im Oesophagus im Niveau der ersten zwei Dorsalwirbel, welche der Autor vermittelst einer Zange mit verschiebbarer oberer Branche — System der Gänseschnabelpincette — unter Röntgenstrahlendurchleuchtung entfernen konnte, nachdem im ersten Falle vergeblich das Gräfe'sche Körbchen angewendet worden war.

BAYER.

93) **Pons** (Gent). **Die Oesophagoskopie; ihr Nutzen vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt aus. (L'oesophagoscopie; son utilité au point de vue du diagnostic et du traitement.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juli-August-September 1905.*

Historische Einleitung mit Beschreibung der Oesophagoskopie; dieselbe ist für den Oesophagus das, was die Cystoskopie für die Blase und die Rectoskopie für das Rectum ist. Ihr Nutzen als diagnostisches und therapeutisches Hülfsmittel hat sich hauptsächlich für Fremdkörper und Stenosen des Oesophagus bewährt — neben dem Krebs die häufigsten Ursachen von Dysphagie.

Sodann zeigt er an der Hand von eigenen Beobachtungen die Ueberlegenheit der Oesophagoskopie über die anderen diagnostischen Hülfsmittel: die Sondi-

rung und Radioskopie. — Die Oesophagoskopie ist ferner die sicherste Methode, um die Natur und den Sitz eines Hindernisses im Oesophagus zu erkennen, sodann auch zu gleicher Zeit das ungefährlichste Mittel zur Entfernung von Fremdkörpern. In Bezug auf Oesophagusstenosen sind die mittelst der Oesophagoskopie erzielten Resultate derartig, dass sie dem Arzte die Pflicht auferlegen, die Methode zu versuchen, ehe er zu einem blutigen Eingriff sich entschliesst.

BAYER.

94) **E. D. Aubin** (Neu-Seeland). **Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1905.*

Der Fremdkörper war ein kleines rundes Metallrädchen. Ein Versuch, ihn unter Leitung des Fluorescenzschirmes mittels der Zange zu extrahiren, misslang. Als man einen Münzenfänger anwandte, sah man auf dem Schirm, wie der Fremdkörper in den Magen hinabgestossen wurde. Zwölf Stunden später ging er per rectum ab.

A. J. BRADY.

95) **Rolleston** und **Whipman. Eine Hutnadel im Oesophagus, ein Pseudoaneurysma der Art. mesenterica superior hervorrufend. (A hat pin in the oesophagus producing a false aneurism of the superior mesenteric artery.)** *Lancet. 11. Februar 1905.*

Ein 3 Jahre altes Kind zeigte alle Symptome einer tuberculösen Peritonitis: aufgetriebenen Leib, Durchfall, Anschwellung von Leber und Milz; ferner Rasseln über den Lungenspitzen.

Bei der Section fand sich eine grosse Hutnadel im Oesophagus, die das Zwerchfell, den hinteren Theil des Pankreas und den oberen Rand der Arteria mesenterica superior durchbohrt hatte. Es bestand ein kleiner Abscess zu beiden Seiten des Oesophagus, der auf der einen Seite den ersten Dorsalwirbel mitafficirt hatte.

ADOLPH BRONNER.

96) **Moure** (Bordeaux). **Fremdkörper der Speiseröhre und Oesophagoskopie. (Corps étrangers de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Presse médicale. 2. August 1905.*

Verf. stellt nach Bericht zweier von ihm beobachteter Fälle folgende Regeln auf: Zuerst soll eine radioskopische oder noch besser radiophotographische Aufnahme gemacht, dann mit einer Sonde die Lage des Fremdkörpers geprüft und dann nach tiefer Cocainisirung zur Oesophagoskopie geschritten werden.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. Röpke** (Solingen). **Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen nebst Anleitung zur Begutachtung ihrer Folgezustände.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1905.

Der Verfasser hat seine Aufgabe in der vorliegenden Monographie vortrefflich gelöst. Ihm kam dabei die Eigenart seines Wirkungskreises zu Statten, die ihn in den Stand setzte, in jedem Capitel seines Themas eine nicht gewöhnliche Anzahl eigener Beobachtungen anzuführen. Daneben beweist er eine umfassende und eindringende Beherrschung der deutschen und fremden Literaturen. Seine Darstellung ist frisch, temperamentvoll und anregend.

Das eigentliche Thema wird in drei Hauptabschnitte gegliedert: Die Verletzungen der äusseren Nase, die der Hauptnasenhöhle und die der Nebenhöhlen. Jeder dieser Abschnitte wird durch kurze anatomische Bemerkungen eingeleitet; danach wird die Entstehung der Verletzungen besprochen, sodann die Art der Verletzungen, ihre Symptome, Diagnostik, Verlauf und Ausgang, Behandlung; den Schluss bilden Literaturnachweise und eigene Casuistik.

Es ist natürlich nicht möglich, die Summe der Einzelheiten hier auch nur andeutungsweise wiederzugeben. Doch sei es erlaubt, auf einen Gegenstand hinzuweisen, der mir interessant und wichtig erscheint. Verf. hat in einer grösseren Beobachtungsreihe gefunden, dass in der Regel auf der Seite einer Nasenverlegung das Hörvermögen beeinträchtigt ist; und weiter, dass die Hörfähigkeit sich in der Mehrzahl der Fälle „nach operativer Beseitigung der Nasenverstopfung innerhalb weniger Wochen besserte oder gar normal wurde, ohne dass auf das Mittelohr durch Katheterismus oder sonstige therapeutische Maassnahmen eingewirkt war“.

Bei der Besprechung der Siebbeinverletzungen vermisse ich eine Erwähnung der Fälle, in denen bei Stirnhöhlensondirungsversuchen die Sonde durch die Lamina cribrosa hindurch in die Hirnhöhle gestossen worden ist und zum letalen Ausgange Veranlassung gegeben hat.

Den Schluss der Arbeit bildet eine dankenswerthe Anleitung zur Begutachtung der Folgezustände nach den Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Ich wiederhole: Wir haben in der Monographie Röpke's ein vortreffliches Werk vor uns, das eine wirkliche Bereicherung der rhinologischen Literatur darstellt. Nur Eines gefällt mir daran nicht, nämlich der Titel. Er lautet: „Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen.“ Danach müsste es also Verletzungen geben, die mit Nebenhöhlen ausgestattet wären! Hoffen wir, dass dieser Lapsus bei einer bald herauszugebenden zweiten Auflage des Buches beseitigt werden, dass hier der correcte Titel stehen möge: „Die Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.“ Zarniko.

---

b) British Medical Association*).

70. Jahresversammlung in Manchester. Juli 1902.

Combinirte Sitzung der Sectionen für Laryngologie und Otologie.

Discussion über die Aetiologie und Diagnose von Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterungen.

I. Grünwald (München): Aetiologie: Siebbein- und Keilbeineiterungen kommen selten allein vor und zwar tritt nach G.'s Erfahrung die Keilbeinerkrankung gewöhnlich secundär nach der Siebbeinerkrankung auf. Eine Combination von Keilbein- und Oberkieferhöhlenempyem scheint selten zu sein. Die chronischen Empyeme entstehen aus den acuten in Folge der Behinderung des freien Abflusses.

Diagnostische Zeichen: Bei Keilbeinempyem kann Schwindel und Schmerz vorhanden sein; letzterer kann sehr heftig sein und sich als Kopfschmerz oder Schmerz hinter den Augen äussern. Diese schmerzhaften Empfindungen stellen ein unzuverlässiges Zeichen dar, besonders da sie oft falsch localisirt werden. Häufig ist Verlust des Geruchsinns und Sehstörungen. Beim Siebbeinempyem findet sich oft Schmerz, geistige Depression und Intoleranz gegenüber nervösen Erregungen. Asthenopie kann ebenfalls beobachtet werden und sehr häufig Empfindlichkeit bei Druck auf das Thränenbein.

Objective Symptome: Die hinteren Siebbeinzellen entleeren das in ihnen enthaltene Secret in den oberen Nasengang, die vorderen in den mittleren Nasengang. Die Absonderung aus den Siebbeinzellen pflegt ausgesprochener eitrig zu sein, als die aus der Highmorshöhle, aus der letzteren kommt oft schleimig-eitriges oder sogar rein schleimiges Secret. Bei dem geschlossenen Siebbeinempyem kommt es zu einer Ausdehnung des betreffenden Theils des Muschellabyrinths, die sich in Form einer Knochenblase zeigt. Latente Eiterung giebt gewöhnlich Anlass zur Entstehung von hypertrophischen Geschwülsten an der mittleren Muschel, oft besteht dabei eine Vergrösserung der Muschel, an deren Oberfläche sich Granulationen oder polypoide Degenerationen bilden.

Die Diagnose von Siebbein- und Keilbeineiterungen ist durch die Entdeckung von Eiter in der Höhle gesichert und zwar mit Hülfe einer eingeführten Sonde, an der der Eiter entlangfliesst. Es kann die Exploration der Keilbeinhöhle durch Abnormitäten unmöglich werden; bei den vorderen Siebbeinzellen kommen so viele Varietäten vor, dass Verwechslungen, besonders mit der Stirnhöhle, leicht möglich sind. Die Diagnose einer Eiterung in der Nähe der Lamina papyracea ist wichtig, da eine Eiterung an dieser Stelle leicht zu einer Erkrankung der Highmorshöhle führen kann. Die Differentialdiagnose zwischen Eiterung benachbarter Höhlen wird durch temporäre Tamponade erleichtert. Eine partielle Resection der mittleren Muschel kann bei Fällen von Siebbeineiterung nöthig werden. Bei manifester Siebbeineiterung mit Orbitalabscess erfolgt die Unterscheidung von einer Stirn-

*) Infolge eines durchaus entschuldbaren Versehens von Seiten des Secretärs wurde der Bericht über obige wichtige Sitzung seiner Zeit übersehen; unsere Aufmerksamkeit wurde erst jetzt auf dieses Versehen gelenkt, das Dr. Yonge so liebenswürdig war, sogleich gutzumachen. Wir bringen den Bericht unverzüglich mit der Bitte, die Verzögerung zu entschuldigen. Red.

höhlenerkrankung am besten durch die Erwägung der intranasalen Verhältnisse. An eine maligne Neubildung, bei der es auch zu Eiterung und entzündlichen Hypertrophien kommen kann, muss ebenfalls bisweilen gedacht werden.

II. H. Lambert Lack (London): Aetiologie: Eiterung der Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle kann auf eine acute Rhinitis folgen, besonders auf die schweren Formen, wie sie bei specifischen fieberhaften Krankheiten wie Influenza vorkommen. Chronische Eiterung tritt ein, wenn die Schleimhaut der Höhlen durch die acute Entzündung stark geschädigt wurde, wenn der Knochen afficirt ist oder wenn die Drainage der Höhle beeinträchtigt ist.

Was die Möglichkeit der Infection einer Höhle durch die andere betrifft, so glaubt L., dass die Thätigkeit der Flimmerzellen davor schützt, dass Eiter in eine gesunde Höhle verschleppt wird. Die Flimmerthätigkeit kann eine Höhle entleeren, auch wenn die normale Oeffnung für die Drainage ungünstig gelegen ist, wie bei der Highmorshöhle; sie sollte auch kräftig genug sein, um die gesunde Höhle zu schützen, ausser wenn eine pathologische Communication zwischen den Höhlen besteht. Das Versagen der Flimmerthätigkeit bei oder vor dem Tode erklärt den häufigen Befund von Eiter in den Höhlen bei den Autopsien.

L. wendet sich dann zu den Beziehungen zwischen Ozaena oder atrophischer Rhinitis und Nebenhöhlenerkrankungen; er hat gefunden, dass bei der ersteren Krankheit in ungefähr 80 pCt. der Fälle die Absonderung gänzlich durch Tamponade ohne Behandlung der Nebenhöhlen unterdrückt werden kann. Enthalten die Nebenhöhlen Eiter, so hält L. dies für eine secundäre Erscheinung der Ozaena. Die Keilbeinhöhlen erkranken öfter als die Siebbeinzellen.

Nasenpolypen sind bisweilen die Folge, bisweilen die Ursache der Sinuseiterung.

Behandlung der Siebbeineiterung: Sie zerfällt in die intranasalen Methoden und die Operation von aussen. Erstere — Eröffnung einer oder mehrerer Zellen unter localer Anästhesie — ist anwendbar in Fällen, in denen die Krankheit sehr beschränkt ist. Bei ausgedehnter Erkrankung ist die intranasale Behandlung ungeeignet und gefährlich. Curettage des Siebbeins ist in der Majorität der Fälle die beste Operation und sollte unter leichter Narkose vorgenommen werden. Man bedient sich am zweckmässigsten eines breiten scharfen Ringmessers; wenn man es in der Richtung nach oben gebraucht, soll man keine Gewalt anwenden wegen der Nachbarschaft der Lamina cribriformis. Man soll solange schaben. bis aller weicher Knochen und degenerirte Schleimhaut entfernt ist. Nach L.'s Erfahrung sind ungünstige Folgen der Behandlung weder häufig noch, wenn sie vorkommen, ernster Natur. Sie bestehen in Temperatursteigerung, Mittelohrentzündung und Verwachsungen zwischen Septum und lateraler Nasenwand.

Die Operation von aussen — technisch ähnlich wie die Operation bei Stirnhöhleneiterung — ist als beste und sicherste Methode zu empfehlen, wenn Erscheinungen von Seiten des Cerebrum oder der Orbita auftreten.

Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung: Im ersten Stadium kann man es mit Behandlung durch Ausspülung versuchen. Führt das nicht zum Ziel, so erweitere man die natürliche Oeffnung mit dem Hajek'schen Haken oder einem ähnlichen Instrument unter Cocainanästhesie und bei directer Beleuchtung. Vor-

her empfiehlt es sich, die hintere Hälfte oder mehr von der mittleren Muschel zu entfernen. Enthielt die Höhle Polypen oder Granulationen, so kann das Innere der Höhle curettirt werden, jedoch ist es nicht nothwendig, die ganze auskleidende Schleimhaut zu entfernen. In allen Fällen von Eiterung in den hinteren Theilen der Nase ist es wünschenswerth, die vordere Wand der Keilbeinhöhle mit dem Finger zu untersuchen; ist sie cariös, so kann sie mit dem Finger oder der Curette durchbrochen und das Innere curettirt werden.

N. C. Haring: Isolirtes Keilbeinhöhlenempyem beruht oft auf Syphilis. Operationen sollten zur Hebung der Beschwerden vorgenommen werden; eine wirkliche Heilung kann jedoch nicht versprochen werden.

P. Mc. Bride: Die Schwierigkeiten der Diagnose sind bei Stirn- und Siebbeineiterungen gross, da die Fälle häufig complicirt sind. Die Beziehung der Polypenbildung zur Naseneiterung ist bisher noch nicht aufgeklärt.

Greville Macdonald beschreibt eine Methode zur Ausspülung der hinteren oberen Regionen der Nase, die sich zur Behandlung als nützlich erwiesen hat; der Kopf des Patienten hängt dabei über den Rand eines Kissens und es wird eine kleine Quantität Borglycerin-Lösung in die Nase eingeträufelt.

Watson Williams glaubt, dass in den meisten Fällen Influenza die unmittelbare Ursache abgiebt. Die Diagnose ist oft sehr schwierig. Der aus der Keilbeinhöhle stammende Eiter trocknet meist am Dach und der Hinterwand des Nasenrachenraums an, während Eiter aus den hinteren Siebbeinzellen sich öfter in den Choanen oder auf dem weichen Gaumen findet.

Jobson Horne ist der Meinung, dass die relative Häufigkeit der Keilbein- und hinteren Siebbeineiterung übertrieben wird, da die Statistiken sich zum Theil auf Leichenbefunde stützen. Der in den Höhlen post mortem gefundene Eiter ist oft zurückzuführen auf eine inspiratorische Saugwirkung unmittelbar vor dem Exitus und braucht nicht auf einer Erkrankung der Höhle zu beruhen.

Adolph Bronner ist dafür, dass stets erst lokale Behandlung ohne Narkose versucht werden soll. Todesfälle nach radicaler Operation sind häufiger, als man glaubt.

Scanes Spicer hält die aufrecht sitzende Stellung des Patienten für die beste Position zur Radicaloperation in Narkose; sie bietet mehr Sicherheit, da man das Operationsfeld gut übersehen kann. Er zieht die Grünwald'sche Curette dem durch Lack empfohlenen Meyer'schen Ringmesser vor. Er verfolgt den Eiter in die Siebbein- oder Keilbeinhöhle, gewöhnlich nach Resection der mittleren Muschel. Seine Resultate waren sehr zufriedenstellend.

Sir Felix Semon bespricht 1. die diagnostischen Schwierigkeiten dieser Fälle, 2. die Operationsresultate und deren Gefahren, 3. die von Lack vorgebrachte Theorie über die Thätigkeit der Flimmerzellen, die eine sehr befriedigende Erklärung abgebe für die Verschiedenheit der Eiterbefunde in den Höhlen während des Lebens und nach dem Tode.

Herbert Tilley glaubt, dass chronische Antrumeiterung oft zur Siebbeineiterung führt; nach seiner Erfahrung ist auch chronisches Stirnhöhlenempyem stets mit Empyem der vorderen Siebbeinzellen combinirt. Er räth zur sitzenden

Position und Narkose. Gegenüber Lack vertritt er die Meinung, dass der Eiter in den erkrankten Höhlen unter erhöhtem Druck steht in Folge der entzündlichen Schwellung um das Orificium herum und dass er so sehr wohl in eine benachbarte Höhle hineingepresst werden kann.

Wild (Zürich) räth für die Diagnose und Behandlung zu Killian's Rhinoscopia media.

Onodi (Budapest): Die von Jansen geübte Methode der Eröffnung der Keilbeinhöhle vom Antrum aus erwies sich nur bei 3 unter 25 von ihm untersuchten Schädeln als anatomisch möglich. Der gewöhnliche Weg von der Nase aus war der einzige stets sichere.

Samuel Lodge berichtet über 3 tödtliche Fälle von Nebenhöhleneiterung aus seiner Erfahrung. Eugene Yonge (Manchester).

---

c) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 27. April 1905.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. E. v. Navratil: Röntgenbehandlung eines Falles von Sklerom.

Die untere Partie der Nase und die Oberlippe bildet eine stark geschwollene, unförmliche, mit dicken Krusten bedeckte Masse. Am Grunde der Epiglottis, an den Taschenbändern nnd Stimmlippen Skleromknoten. Histologisch typisches Skleromgewebe. Wegen zunehmender Athemnoth Tracheotomia inf. Vortr. beschloss die Röntgenbestrahlung. Die Schwellung der Nase und Oberlippe nahm bedeutend ab, die Oberfläche wurde glatt, die Krustenbildung hörte beinahe gänzlich auf. Einathmen von 2proc. Kochsalzlösung und progressive Dilatation mittelst O'Dwyer'scher Tuben. Nach 5 Monaten verliess Patient in bedeutend gebessertem Zustande das Spital. Canüle wurde entfernt.

2. E. v. Navratil: Fall von Lymphangioma pharyngis.

Der ganze Pharynx wird durch eine gelappte, fleischfarbige, elastische, mannsfaustgrosse Geschwulst ausgefüllt; dieselbe scheint von der rechten Pharynxwand auszugehen. Wegen Athemnoth sofort Tracheotomie. Später wurde die Geschwulst mittelst heisser Platinschlinge zweimal resecirt. Nach jeder Operation infolge freieren Schluckens und entsprechender Ernährung bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. Histologische Diagnose: Lymphangioma.

3. Z. v. Lénárt: Fall von pseudoleukämischem Tumor im Epipharynx.

Im Epipharynx eigrosser, blaurother Tumor. Ueberall sehr stark vergrösserte Lymphdrüsen. Milztumor. Bedeutende Zunahme der Zahl der weissen Blutkörperchen.

Sitzung vom 24. Mai 1905.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: Z. Donogány.

1. H. Zwillinger: Ueber einige Streitfragen der Operation der hyperplastischen Rachenmandel.

Referirt in den halbjährigen Berichten.

2. E. v. Navratil: Fibromata laryngis et tracheae. Tracheotomie. Laryngofissur. Heilung.

Der ganze Kehlkopf ist durch eine blassrothe Geschwulst ausgefüllt; wegen Suffocationserscheinungen sofortige Tracheotomia inf. Der hiernach vorgenommene endolaryngeale Eingriff förderte zwar 5 erbsengrosse Geschwülste zu Tage, die unteren Partien des Kehlkopfes waren aber immer noch obturirt. Aus diesem Grunde wurde am 27. April l. J. die Laryngofissur ausgeführt. Eröffnung des Kehlkopfes in der Mittellinie; Entfernung einer nussgrossen und einer haselnussgrossen Geschwulst aus den unteren Theilen des Kehlkopfes und der Trachea, bei unversehrten Taschen- und Stimmbändern. Schildknorpelnaht; Hautnaht. Heilung per primam. Histologische Diagnose: Weiches Fibrom.

Kranker wird demonstrirt. Stimmbänder intact, fungiren tadellos. Kranker athmet seit 2 Wochen bei verstopfter Canüle.

Am 25. Mai wurde die Canüle entfernt; am 29. Mai verliess der Kranke gegeheilt, im Besitze einer ganz klaren Stimme, das Spital.

3. A. Lipscher: Larynxstenose, verursacht durch tuberculöse Granulationen. Tracheotomie. Laryngofissur.

Stellt zwei Fälle aus der v. Navratil'schen Abtheilung vor; in beiden Fällen war der Kehlkopf mit tuberculösen Granulationen erfüllt, bei gleichzeitiger Lungentuberculose. An beiden wurde nach tiefer Tracheotomie die Laryngofissur ausgeführt und die Granulationen mittelst Scheere und scharfem Löffel entfernt und der Larynx mit Knopfnähten vereint. Heilung per primam.

Beide Patienten athmen bei verschlossener Canüle frei; die Stimmritze ist weit, Stimmbänder gut sichtbar, Stimme rein. v. Navratil.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Februar 1905.
Vorsitzender: Charters Symonds.

Charles Parker: Fall von Larynxtuberculose bei einer 31jährigen Frau; Beginn der Krankheit während der 5. Schwangerschaft, seitdem vier weitere Schwangerschaften.

Der Kehlkopf zeigte, als er zuerst untersucht wurde, eine starke Infiltration der Aryknorpelgegend und eine Ulceration der Hinterwand. Besserung unter Milchsäurebehandlung. Es bestanden tuberculöse Veränderungen an den Lungen. Pat. wurde von Zeit zu Zeit 5 Jahre lang gesehen. Augenblicklich sind alle Zeichen

einer activen Lungenerkrankung verschwunden, auch die Erkrankung des Larynx ist in ein chronisches Stadium getreten.

Herbert Tilley hat einen Fall von Larynxtuberculose gesehen, der die Schwangerschaft 6 Jahre überlebte.

Lambert Lack hat eine ähnliche Erfahrung gemacht. Eine seiner Patientinnen mit Larynxtuberculose lebte noch 3 Jahre nach der Schwangerschaft, wenn auch in einem schlechten Zustande.

Sir Felix Semon macht auf die im Allgemeinen sehr schlechte Prognose dieser Fälle aufmerksam und erörtert die Frage der künstlichen Frühgeburt.

Scanes Spicer bezweifelt, dass es sich in den mitgetheilten Fällen um absolut sichere Tuberculose handelte.

Clifford Beale hat gleichfalls einen Fall von Infiltration im Kehlkopf und acuter Lungentuberculose gesehen, der erst 5 Jahre später zu Grunde ging.

Parker stellt auf eine Anfrage fest, dass zwar momentan keine Bacillen im Auswurf sind, dass aber solche vor 5 Jahren gefunden wurden; zu dieser Zeit waren die Erscheinungen über der Lunge zweifellos tuberculöser Natur. Was den Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose anbetrifft, so besteht ein Unterschied, ob die Schwangerschaft bei einer bereits Tuberculösen eintritt oder ob umgekehrt die Tuberculose während oder unmittelbar nach der Schwangerschaft beginnt; im ersteren Fall glaubt er nicht an einen unheilvollen Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Krankheit, die Fälle der zweiten Kategorie haben einen rapiden ungünstigen Verlauf.

Frederick Spicer: Diffuse Papillome der Stimmbänder.

Die Geschwülste nahmen bei dem Patienten — einem erwachsenen Mann — den vorderen Theil der Stimmbänder ein.

Bronner, Dundas Grant, Clayton Fox, Scanes Spicer, St. Clair Thomson betheiligen sich an der Discussion.

Sir Felix Semon nimmt Bezug auf eine von einem der Vorredner gemachte Bemerkung, wonach der Sitz an der vorderen Commissur gegen die tuberculöse Natur der Tumoren spräche, obwohl ihr Aussehen ein solches vermuthen lassen würde. Er erinnert sich, in 3 Fällen Tumoren von der vorderen Commissur entfernt zu haben, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als unzweifelhaft tuberculöser Natur erwiesen.

Edward Law: Heiserkeit, Husten, Schmerzen, geringe Hämoptysis bei einem 69jährigen Manne, bei dem vor 22 Jahren ein Tumor von der rechten Stimmlippe entfernt war.

L. hat den Patienten zusammen mit dem verstorbenen Dr. Whistler im Jahre 1883 gesehen, wo dieser von der Unterfläche der rechten Stimmlippe einen erbsengrossen gestielten Tumor entfernte. Es trat kein Recidiv ein. Pat. wurde mehrere Male bis zum Jahre 1896 untersucht. Im Jahre 1904 kehrte er mit oben bezeichneten Symptomen zurück. Man fand beide Stimmbänder verdickt, hyperämisch, aber frei beweglich; an der Hinterwand fand sich ein kleines Knötchen

mit einem hämorrhagischen Punkt darauf. Von Mai 1904 bis Januar 1905 ist keine wesentliche Aenderung eingetreten, nur bewegt sich das rechte Stimmband nicht ganz vollkommen.

Scanes Spicer glaubt an eine maligne Erkrankung.

Sir Felix Semon kann bisher nichts Charakteristisches für eine maligne Erkrankung sehen, räth aber, den Patienten unter Beobachtung zu halten.

Waggett hat eine geringe Veränderung nach Jodkali eintreten sehen.

(E. B. Waggett hat nachträglich in diesem Fall die Thyreotomie vorgenommen; es stellte sich heraus, dass es sich um ein Epitheliom handelte.)

De Santi: 35jährige Frau, in der letzten Sitzung wegen eines Kehlkopftumors vorgestellt, der für tuberculös gehalten wurde und sich bei mikroskopischer Untersuchung als zweifelloses Carcinom erwies.

Redner erörtert die Frage der Operation in diesem Fall und weist darauf hin, dass Larynxcarcinome, die bei Frauen so selten sind, wenn man sie beobachtet, so verhältnissmässig häufig in der Gegend der Ringknorpelplatte vorkommen und sich grade bei jüngeren Frauen entwickeln.

Scanes Spicer, Powell, Sir Felix Semon, Lambert Lack, Bronner, Steward, Waggett betheiligen sich an der Discussion. Mehrere der Redner weisen auf die Betheiligung des Pharynx bei der Erkrankung hin, so dass man in diesen Fällen mehr von einem Rachen- als von einem Kehlkopfkrebs sprechen kann.

Paget: I. Fixation des linken Stimmbandes bei einem 40jährigen Manne.

Davis, Robinson, Scanes Spicer, Potter discutiren die resp. Möglichkeit eines Aortenaneurysmas.

II. Tumor der rechten Stimmlippe bei einer vor 12 Jahren wegen eines Kehlkopfpapilloms operirten Frau.

Scanes Spicer und William Hill halten den Fall für eine hypertrophische Laryngitis.

Steward: Recidivirende Ulceration der Tonsillen verbunden mit Lymphadenom bei einer 64jährigen Frau.

Pat. wurde 5 Monate zuvor zum ersten Male untersucht; sie zeigte Schwellung und Röthung der rechten Tonsille, Drüsenschwellung rechts am Halse. Nach 14tägiger Behandlung war die Tonsille normal und die Drüsen verschwunden, einen Monat später zeigte Pat. eine oberflächliche Ulceration der linken Tonsille und erhebliche Drüsenschwellung. Innerhalb weniger Tage bildete sich eine oberflächliche graue Ulceration. Nach weiteren 6 Wochen fand sich Schwellung und Ulceration beider Tonsillen nebst Schwellung der Drüsen auf beiden Halsseiten. Es trat wieder Besserung ein, auf die jedoch bald wieder ein neues Recidiv folgte. Zur Zeit findet sich eine Ulceration auf der linken Tonsille und zu beiden Seiten des Halses sind grosse, harte, schmerzhafte Drüsenmassen vorhanden. Es besteht auch Schwellung der Achseldrüsen. Leukocytose besteht nicht.

Lack betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen mikroskopischen Diagnose in diesen Fällen und bespricht die Chancen der Radicaloperation.

Beale bespricht besonders den mikroskopischen Befund.

Tilley berichtet über einen Fall, bei dem bereits die Tracheotomie erforderlich schien und der sich dann unter Arsen erheblich besserte.

Der Vorsitzende, Baber, Sir Felix Semon und Thorne betheiligen sich gleichfalls an der Discussion.

Bennett: Photographien einer malignon Geschwulst.

Ausgedehnte Erkrankung mit Betheiligung der Drüsen. Es wurde nach Unterbindung der Carotis communis die Hälfte des Larynx exstirpirt. Später wurde auch die linke Larynxhälfte entfernt, die Schleimhaut zum Verschluss der Pharynxfistel benutzt. Tod einige Monate später; die prävertebralen Drüsen waren ergriffen worden.

De Santi: Maligner Drüsentumor am Halse; Anschwellung im Kehlkopf auf derselben Seite; 60jähriger Mann.

Tilley: Fall von Schanker der Zunge.

Eine schmerzhafte Ulceration mit wallartig erhabenen Rändern von der Grösse eines 6 Pencestücks mit kleinen indurirten Drüsen.

Discussion über die Diagnose, an der sich Baber, Robinson, De Santi und Powell betheiligen.

Cathcart: 1. Ein Fall von tuberculöser Kehlkopfpachydermie (?).

2. Combinirte functionelle und organische Kehlkopflähmung bei einem 35jährigen Sänger.

Von einem Theil der Discussionsredner wird auf einen eventuellen Zusammenhang der von Sir Felix Semon für rein functionell gehaltenen Lähmung mit einer bei dem Patienten bestehenden Rhinitis atrophicans mit Borkenbildung hingewiesen.

Bennett: Fall von ausgedehnter Ulceration der Nasenscheidewand.

Pat. ist seit 6 Jahren in Behandlung; er leidet seit dieser Zeit an heftigen Schmerzen und Blutungen. Keine Anzeichen einer Nasenhöhlenerkrankung. Jodkali und Hg. haben keinen Effect. Keine Anzeichen von Tuberculose.

Thomson und Waggett halten den Fall für eine Ethmoiditis. Ferner sprachen Robinson und Dundas Grant.

Stephen Paget: Tumor des linken Stimmbandes bei einem 46jährigen Mann, der seit 15 Monaten an leichter Heiserkeit leidet.

Waggett und Powell halten den Tumor für papillomatös; die Stimmbänder bewegen sich frei.

Thomson und De Santi halten eine maligne Erkrankung für vorliegend.

Sitzung vom 17. März 1905.

Vorsitzender: Charters J. Symonds.

Anlässlich der Garcia-Feier ist eine Anzahl hervorragender auswärtiger Vertreter der Laryngologie anwesend.

Charles Parker demonstrirt nochmals die in der letzten Sitzung vorgestellte Patientin mit im Verlauf der Schwangerschaft aufgetretener Larynxtuberculose.

Pat. war 5mal schwanger; sie hat 3 lebende Kinder geboren und 2mal Fehlgeburten gehabt.

Herbert Tilley: Demonstration von 6 Patienten, bei denen wegen Empyem der Stirnhöhlen und anderer Nebenhöhlen die Radicaloperation vorgenommen wurde.

Unter „Radicaloperation" versteht T.:

1. Bei der Stirnhöhle: Entfernung der vorderen Wand, Curettage der Schleimhaut, Anlegung einer breiten Communication mit der Nase nach Zerstörung der vorderen Siebbeinzellen und Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel. Dann leichte Tamponade der Höhle, bis die Höhle durch Granulationsbildung obliterirt ist.

2. Highmorshöhle: Breite Oeffnung in der Fossa canina, Curettage, Abtragung des grössten Theils der inneren Wand; Naht der Schleimhautwunde.

3. Keilbeinhöhle: Entfernung der mittleren Muschel, Zerstörung der vorderen Keilbeinhöhlenwand mit Haken. Keine Curettage.

Chiari und Cresswell Baber gratuliren dem Vortragenden zu dem guten kosmetischen Resultat in seinen Fällen.

De Santi: Epitheliom des Pharynx und Larynx bei einer 35jährigen Frau.

Moure, Gluck, Chiari und De Santi discutiren den etwas zweifelhaften Fall.

De Santi und Purves Stewart: Ein Fall von einseitiger angeborener Affection der Medulla und des Rückenmarkes bei einem 41jährigen Mann nebst kurzen Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen in Mund, Hals und Ohr.

Der Fall ist ausführlich im Brain (Vol. 105, 1904) veröffentlicht worden. Auf Grund der genauer mitgetheilten pathologischen Befunde kamen die Vortragenden zu folgenden Schlüssen:

Die Atrophie der Kehlkopfmuskeln hängt von der Läsion des Vagus ab; der untere Theil des Vaguskerns fehlt, der Stamm ist erheblich an Volumen reducirt, besonders die Nn. laryngeus superior und recurrens.

Das Fehlen des rechten M. levator veli palatini und die Verringerung im Volumen des rechten Azygos uvulae und des Constrictor medius pharyngis entsprechen einer Läsion derjenigen Vagusportion, die früher als „bulbäre Portion des N. accessorius spinalis" bezeichnet wurde.

Die Missbildung des M. temporalis und des Oberkiefers beruht wahrscheinlich auf der angeborenen Atrophie der Spinalwurzel des Trigeminus.

Sir Felix Semon: Ein Fall von weichem Fibrom des Kehlkopfs und des Halses mittelst Operation von aussen her ohne Eröffnung der Kehlkopfhöhle entfernt.

Der Fall ist der Gesellschaft am 9. März 1898 und 3. Juni 1904 vorgestellt und im British Med. Journal, 7. Januar 1905 veröffentlicht worden.

Chiari und der Vorsitzende gratuliren dem Redner zu dem schönen Erfolg.

Charters Symonds: Ein Fall von totaler Exstirpation des Larynx.

Es handelte sich um einen 22jährigen Patienten. Der Tumor erfüllte das ganze Larynxinnere und hatte bereits den Knorpel ergriffen. Ausser dem Larynx wurde auch die linke Hälfte der Schilddrüse und tiefe Halsfascie entfernt. Die Trachea wurde an die Haut angenäht und der Pharynx mit 2 Reihen Nähten geschlossen, die Muskeln und die Haut offen gelassen und die Höhle mit Gaze tamponirt. Gute Heilung. Kein Recidiv seit Juli 1904.

St. Clair Thomson: Epitheliom des Larynx bei einem 49jährigen Mann; Laryngofissur vor 8 Monaten; kein Recidiv.

Cfr. Sitzung vom Januar 1905.

Botella (Madrid) hat in einem Fall ein Recidiv noch nach 2 Jahren auftreten sehen.

Gluck hat einen 65jährigen Mann operirt, der $8^1/_2$ Jahre nach der Heilung einen Krebs der anderen Larynxhälfte bekam. Diese und die Drüsen wurden exstirpirt und Pat. lebte bis zum 77. Jahre.

Sir Felix Semon sagt, dass es keinen bestimmten Zeitpunkt nach der Operation gäbe, von dem aus man eine definitive Heilung datiren könne. Er selbst hat an 30 von ihm operirten Fällen die weiteren Schicksale verfolgen können und glaubt sagen zu dürfen, dass, wenn die Operation frühzeitig unternommen worden ist und der Pat. nach einem Jahre sich noch wohl befindet, die Wahrscheinlichkeit eines Recidivs sehr gering ist. Die Erfahrung Butlin's, der ein Recidiv noch nach $3^1/_2$ Jahren sah, zeigt, dass 3 Jahre einen ebenso willkürlichen Zeitpunkt bedeuten, wie ein Jahr. Man kann dem Patienten jedoch die Hoffnung geben, dass wenn er ein Jahr lang recidivfrei ist, er es auch bleiben wird.

Moure bestätigt die Bemerkungen Semon's.

Gluck hat bei einem 63jährigen Mann das rechte Stimm- und Taschenband wegen eines Pflasterzellencarcinoms entfernt; 3 Jahre später starb der Pat. an einem Cylinderzellenkrebs. Der Larynx wurde bei der Section völlig gesund befunden.

Walker Downie verfügt über einen vor 17 Jahren durch Thyreotomie geheilten Fall bei einer jetzt 69jährigen Frau.

De Santi erinnert an den grossen Unterschied zwischen den Fällen, in denen sich das Carcinom nur auf das Kehlkopfinnere beschränkt und denen, wo dies nicht der Fall ist; bei der letzteren Form muss man viel länger auf ein Recidiv gefasst sein.

St. Clair Thomson: Primärer Lupus des Larynx — völlig geheilt — und des Pharynx — fast geheilt — bei einer 22jährigen Frau.

Edward Law: Ein Fall von Borkenbildung in der Trachea mit zeitweiliger ausgesprochener Stenose.

Pat. ist bereits in der vorigen Sitzung vorgestellt. Es ist eine Besserung eingetreten unter Inhalation mit Sauerstoff und Ozon.

Milligan: Demonstration von Mikrophotographien von Präparaten von Tumoren.

Atwood Thorne und Lunn: Fall von Epitheliom der Nase (vorgestellt im Januar 1904). Demonstration des Patienten und von Präparaten.

Die Nase war ausgefüllt gewesen von einer granulirenden Masse, die von der äusseren und inneren Wand des Vestibulum ausging. Der Tumor wuchs allmälig und als Patient im Februar in das Krankenhaus aufgenommen wurde, hatte die Geschwulst die Grösse eines kleinen Apfels. Es wurde die Resection der Nase vorgenommen, die Nasenbeine und der Vomer resecirt. Dann wurde eine Zeit lang mit Röntgenstrahlen behandelt. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Seit der Operation, die vor 14 Monaten vorgenommen wurde, kein Recidiv.

Betham Robinson: Narbiges Diaphragma infolge hereditärer Syphilis zwischen dem hinteren Drittel der Zunge und der hinteren Pharynxwand.

Pat. ist eine 22jährige Frau.

Dundas Grant: Fall von Pharynxdivertikel, der sich in den Sinus piriformis öffnet.

Es sind Röntgenaufnahmen gemacht, nachdem Pat. eine Quantität Wismuth geschluckt hatte; diese Photographien zeigen die Tasche mit Wismuth gefüllt. Pat. hatte seit einem Jahre Schluckbeschwerden. Man fühlte rechts neben dem Kehlkopf eine längliche Anschwellung; drückte man von aussen auf diese, so sah man laryngoskopisch, wie eine grosse Menge Flüssigkeit sich aus dem Sinus piriformis entleerte. Geringe Mengen Nahrung wurden einige Stunden nach den Mahlzeiten regurgirt.

H. J. Davis: Fixation der linken Stimmlippe bei einem 49jährigen Mann nebst pulsirendem Brustaneurysma.

Die deutlichen Anzeichen eines Aneurysma entwickelten sich viele Monate nach dem Auftreten der Lähmung. Der Fall war dadurch complicirt, dass eine Lähmung der rechten Seite des Gaumensegels und eine Parese des rechten Armes bestand. Es trat Besserung unter Jodkali ein. Pat. hatte sicher Syphilis durchgemacht.

Poli, Powell, Ball, Dundas Grant, Smurthwaite betheiligen sich an der Discussion.

Lambert Lack: Epitheliom der Epiglottis und Zungenbasis, entfernt mittels Pharyngotomia subhyoidea.

Mai 1903 erkrankte der Pat. und wurde im Januar 1904 der Gesellschaft vorgestellt. Er hatte ein Epitheliom der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten, der Plica glosso-epiglottica und des angrenzenden Theils der Zunge; die Drüsen waren miterkrankt. Es wurde die Pharyngotomia subhyoidea vorgenommen. Sorgfältige Naht der Muskeln und Fascien bildete einen wesentlichen Bestandtheil der Operation. Jetzt, 2 Jahre nach der Operation, befindet sich Pat. in einem verhältnissmässig guten Zustande.

Lambert Lack: Epitheliom des rechten Aryknorpels und der angrenzenden Theile, durch seitliche Pharyngotomie entfernt.

Pat. ist ein 56jähriger Mann. Vortragender giebt eine genaue Schilderung des Verlaufes der am 3. April 1904 vorgenommenen Operation. Es wurde der rechte Aryknorpel und rechte ary-epiglottische Falte und ein kleiner Theil der Pharynxwand entfernt. Die Pharynxwunde wurde durch drei Reihen Nähte geschlossen. Pat. ging 8 Tage lang mit einer Hahn'schen Canüle und wurde während dieser Zeit mittels der Sonde ernährt. Pat. geht es zur Zeit gut; er spricht mit heiserer, schwacher Stimme.

Barwell: Zwei Fälle von geheilter Kehlkopftuberculose.

1. 33jähriger Mann mit Spitzenaffection und Schwellung beider Aryknorpel, Infiltration des linken Taschenbandes. Mittels der Lack'schen Zange wurden aus der Aryknorpelgegend grosse Stücke abgetragen, dann täglich Application einer Lösung von Milchsäure, Formalin und Carbolsäure. Nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung ist jetzt seit 2 Monaten völlige Heilung vorhanden.

2. Tuberculöses Geschwür des Stimmbandes unter derselben Behandlung geheilt.

Watson Williams: 1. Rhinorrhoea cerebrospinalis spontan geheilt.

Cfr. Brit. Med. Journal 1901. Vol. II.

43jährige Frau; Ausfluss aus der rechten Nase. Täglicher Verlust $^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Es wurde eine Lumbalpunction gemacht, jedoch ohne Resultat. Vor 3 Monaten fing der Ausfluss an nachzulassen und seit einem Monat hat er ganz aufgehört. Es war niemals irgend etwas Abnormes in der Nase gefunden worden.

2. Ein Fall von geheiltem Empyem der Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen.

Ausser diesen Fällen wurde eine grosse Anzahl interessanter makroskopischer und mikroskopischer Präparate vorgestellt. E. B. Waggett.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Februar. 1906. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente.

1) **Hanau W. Loeb. Nase, Hals und Ohr in der Rechtswissenschaft. (Jurisprudence of the nose, throat and ear.)** *The Laryngoscope. October 1905.*

Ein Versuch der Darstellung derjenigen gerichtlich-medicinischen Fälle, in denen Hals, Nase und Ohr eine Rolle spielen. EMIL MAYER.

2) **Max Goerke** (Breslau). **Degenerative Vorgänge im Pflasterepithel der Schleimhaut der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 545.*

Bei 7 Fällen verschiedenartiger, pathologischer Bildungen in den oberen Luftwegen fand Verf. eine eigenartige Epithelveränderung, die er folgendermaassen beschreibt:

1. Im geschichteten Pflasterepithel der Schleimhaut traten unter pathologischen Verhältnissen häufig Veränderungen auf, die zur Bildung von Hohlräumen innerhalb der Stachelzellschicht führen.

2. In den meisten Fällen entstehen diese Hohlräume durch Ansammlung von Lymphflüssigkeit zwischen den Zellen der Malpighi'schen Schicht („Lymphlachen").

3. In anderen Fällen ist diese Bildung von Hohlräumen auf eine Degeneration der Stachelzellen zurückzuführen.

4. Diese Degeneration kann einmal in einer Verflüssigung des centralen Plasmas bestehen und zu dem bekannten Bilde der „reticulirenden Degeneration" (Unna) führen.

5. Seltener kommt es zu einer eigenthümlichen Umwandlung des Protoplasmas in homogene Kugeln, die als Colloid aufzufassen sind.

6. Alle 3 Processe können nebeneinander vorkommen.

7. Den Anstoss zu dieser Umwandlung der Epithelzellen giebt die qualitativ und quantitativ veränderte, durch das Epithel hindurchströmende Lymphflüssigkeit bei entzündlichen Vorgängen unterhalb des Epithels. F. KLEMPERER.

3) **Ahrent** (Frankfurt a. M.). **Ueber einen Fall von ausgesprochen reflectorischer Inspirationsdyspnoe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. p. 351.*

50 jähriger Mann mit gesunden Organen, speciell normalem Lungenbefund, in der Nacht ohne Beschwerden, beim Aufstehen, mehr noch beim Gehen und Treppensteigen, stark dyspnoisch: Krampfhaftes, lang ausgedehntes Inspirium, freies Exspirium. Jodkali und Morphium brachten keine Besserung. Durch Abtragung der auf beiden Seiten stark ausgebildeten Prominentiae septi, welche den mittleren Muscheln eng anlagen, wurde die Dyspnoe mit einem Schlage vollständig beseitigt.

F. KLEMPERER.

4) **H. Dorendorf** (Strassburg i/E.). **Ein Beitrag zur Lepra der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 71. 1904.*

Verf. hat auf den Canarischen Inseln 35 Leprakranke beobachtet, und berichtet über die Erscheinungen derselben an Nase, Rachen und Kehlkopf. Eine Analyse der Fälle spricht dafür, dass die Leprainfection besonders häufig durch die Schleimhaut der oberen Luftwege, speciell die Nasenschleimhaut, stattfindet.

F. KLEMPERER.

5) **R. Sondermann. Aspirationstherapie bei Ohren- und Nasenkrankheiten. (Aspiration in diseases of the ear and the nose.)** *Lancet. 12. August 1905.*

Eine Abhandlung über die bereits in mehreren deutschen Arbeiten publicirte Aspirationstherapie des Verf.

A. BRONNER.

6) **Monnier. Resultate der systematischen Anwendung des Penghawar bei Flächenblutungen der Schleimhäute und der Haut. (Résultats de l'application systématique du penghawar dans les hémorragies en nappe des muqueuses et de la peau.)** *Archiv. internat. de laryngologie. No. IX. 1904.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

7) **O. Loewi** und **H. Meyer. Ueber die Wirkung synthetischer, dem Adrenalin verwandter Stoffe.** *Archiv f. exp. Pathol. LIII. 3. S. 213.*

Die wahrscheinlichste Formel für Adrenalin ist $(OH_2)C_6H_3 - CH(OH) - NHCH_3$.

J. KATZENSTEIN.

8) **Otto J. Stein. Formalin bei der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenhankheiten. (Formalin in the treatment of diseases of the ear, nose and throat.)** *Chicago Medical Recorder. 15. November 1905.*

Verf. hat das Formalin bei Diphtherie und diphtherieähnlichen Erkrankungen angewandt. Er hält es ferner für das beste Mittel, um tuberculöse Kehlkopfgeschwüre zu behandeln. Die Geschwüre werden erst gereinigt, dann wird eine 10 proc. Cocainlösung darauf gespritzt, und 5—10 Minuten später eine 5—10 proc. Lösung von Formalin mit dem Watteträger eingerieben. Diese Behandlung wird 2—3 Mal wöchentlich ausgeführt. Als Gurgelwasser verschreibt Verf. eine $1/2$ proc. Lösung, während er bei Angina lacunaris eine 2—5 proc. gebrauchen lässt.

EMIL MAYER.

9) **Bloch. Ueber die Anwendung von Natriumperborat (Wasserstoffsuperoxyd in statu nascendi) in der oto-rhino-laryngologischen Praxis. (De l'emploi du perborate de soude — eau oxygénée à l'état naissant — dans la pratique oto-rhino laryngologique.)** *Arch. intern. laryngol. Mai-Juni. No. III. 1905.*

Das vom Verf. empfohlene Präparat ist eine Combination von Wasserstoffsuperoxyd mit Borax. Es stellt ein weisses Pulver dar, das sich bei Auflösung in Wasser in Borax und H_2O_2 zerlegt. Dem gewöhnlichen H_2O_2 gegenüber, das stets etwas sauer reagirt, hat es den Vorzug, alkalisch zu reagiren. Verf. verwendet das Mittel bei acuter und chronischer Mittelohreiterung und eitrigen Nebenhöhlen; es übt keinerlei irritirende Wirkung auf die Schleimhaut aus. E. J. MOURE.

10) **Gemusens** (Aarberg-Bern). **Das Stovaïn, ein neues Localanästheticum.** *Dissertation. Bern 1905.*

Das Stovaïn wurde März 1904 von Fourneau der Académie de Médecine unterbreitet. Es ist Bestandtheil einer vom gleichen Erfinder dargestellten Reihe von Körpern, welche sich vom tertiären Amylalcohol ableiten lassen. Es ist das Chlorhydrat des Amylen AB. Es crystallisirt in weissen, glänzenden Plättchen und ist in Wasser, Methylalcohol und -Essigäther leicht, in Alcohol nur zu $^1/_5$ löslich. Beim Thierexperiment zeigt es sich als Gift des Centralnervensystems und $3^1/_2$—4 Mal giftiger als das Cocain: Trismus, allgemeine clonische und tonische Zuckungen, Tetanus, beginnen schon 8—10 Secunden nach der Injection und folgen sich rasch bis zum Tode an Asphyxie. Anatomisch: Vasodilatation, Lungencongestion, Lungenödem.

Es wurde bisher, namentlich von französischen Chirurgen, angewandt als subcutane und auch intradurale Injection von 1—4 ccm einer 1 proc. Lösung zu folgenden Operationen: von Haut- und Unterhauttumoren, zu Amputation und Exarticulation von Phalangen, Cancroiden, Fussnägeln, Operation von Hernien, Hämorrhoiden, nicht adhärenten Ovarialcysten, zu Schieloperationen, Zahnziehen u. a. m.

Verf. machte in seiner ländlichen Privatpraxis 100 Anwendungen des Stovaïns, wovon 95 Zahnextractionen und 5 Fälle kleiner Chirurgie. Mit 12 ccm 4 proc. Lösung konnte er bequem, ohne jeglichen Schmerz, 15 Stockzähne resp. Wurzeln in einer Sitzung, 5 Minuten nach der Einspritzung ins Zahnfleisch, entfernen. Nur das Ansetzen der Zange wurde einige Male leicht empfunden, das Ziehen gar nicht. Trotz der Dose von 0,48 Stovaïn befand sich Pat. während der Operation vollkommen wohl, Puls 100, aber sonst normal. Die ganz zuverlässige Lösung ist die 4 proc., wovon gewöhnlich 2 ccm eingespritzt werden. Die Schlussfolgerungen der französichen Autoren und des Verf. sind folgende: 1. Das Stovaïn ist dem Cocain, bezüglich der Anästhesie, vollkommen gleichwerthig. 2. 2—4 Mal weniger giftig als Cocain. 3. Seine Anwendung ist frei von jeglichen Begleiterscheinungen unangenehmer Art intra oder post operationen. 4. Es hat ausgesprochene antiseptische Eigenschaften. 5. Stovaïn ist ein Vasodilatator, Cocain Vasoconstrictor. Stovaïn wird daher günstig sein zum Operiren in aufrechter Stellung und weniger Ohnmachten herbeiführen, als das Cocain, z. B. bei Eingriffen in der Nase. Dagegen dürfte es weniger geeignet sein als dieses zu blutigen Nasenoperationen.

Leider liegen gar keine Mittheilungen vor über die Anwendung des Stovaïn in Form von Einpinselungen oder Spray, was für unsere Specialfächer von äusserster Wichtigkeit wäre, so dass das Stovaïn im negativen Fall für die Mehrzahl unserer Eingriffe unbrauchbar sein würde. G. JONQUIÈRE.

11) H. Large und Edgar D. Brown **Thierversuche mit Aethylchlorid. (Experiments on animals with ethyl chloride.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Die Versuche ergaben, dass Aethylchlorid schneller wirkt und ein geringeres Excitationsstadium im Gefolge hat, als Aether, und dass es sich zur Anwendung bei kurzen Operationen gut eignet. Es ist nicht nothwendig, dass die Reflexe ausgelöscht sind, bevor die Schmerzempfindung aufgehoben ist. Aethylchlorid kann zur Einleitung einer Aether- oder Chloroformnarkose gebraucht werden; es scheint erst eine Reizung und dann eine Lähmung des Athmungscentrums zu bewirken. Auf das Herz wirkt es durch das Vaguscentrum, so dass eine Neigung zum Herzstillstand vorhanden ist, ähnlich, wie man es im ersten Stadium der Chloroformnarkose sieht. Untersuchungen am ausgeschnittenen Herz zeigen, dass das Aethylchlorid einen directen depressiven Einfluss auf den Herzmuskel hat. Eine prolongirte Anwendung ist nicht ohne Gefahr, wenigstens bei der jetzigen Methode der Anwendung.

Was die klinische Anwendung anbelangt, so haben Verf. das Aethylchlorid bisher in 200 Fällen angewandt; der jüngste Patient war 10 Monate, der älteste 68 Jahre alt. Nur in 2 Fällen gelang die Anästhesirung nicht. Nur in 2 Fällen war Uebelkeit und Erbrechen vorhanden; wahrscheinlich rührte dies jedoch von verschlucktem Blut nach Tonsillotomie her. Die für das Zustandekommen der Anästhesie nöthige Zeit schwankte von $^1/_2 - 3^1/_2$ Minute; die Anästhesie dauerte 1—4 Minuten. Die Operationen bestanden in Tonsillotomie, Adenotomie, Paracentesen etc. Verf. bedienen sich jetzt einer verbesserten Form von Maske, bei der in diese nur die Dämpfe des Aethylchlorid eintreten; seitdem gelang jede Narkose. In 26 Fällen wurde das Mittel zur Einleitung einer Aether- oder Chloroformnarkose gebraucht. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) L. A. Coffin. **Die Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase. (The development of the accessory sinuses of the nose.)** *Amer. Journal Med. Scs. Februar 1905.*

Nach einer Literaturübersicht über den Gegenstand beschreibt Verf. seine eigenen Präparate, auf Grund deren er zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Bei der Geburt sind von den Nebenhöhlen nur 2 vorhanden, nämlich die Oberkieferhöhle und die Siebbeinzellen; diese beiden sind constant. Im frühen Kindesalter hat das Antrum zur Orbita nicht dasselbe Lageverhältniss, wie im späteren Leben. Die Keilbeinhöhle beginnt sich kurz nach der Geburt zu zeigen; als deutliche Höhle tritt sie gegen Ende des ersten Lebensjahrs hervor. Die Stirnhöhle erscheint zuerst in der Orbitalplatte des Stirnbeins zwischen Ende des ersten und Beginn des dritten Jahres. LOGAN TURNER.

13) **C. G Coakley. Skiagraphie als ein Hülfsmittel bei Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. (Skiagraphy as an aid in the diagnosis and treatment of accessory sinuses of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Es ist möglich, mittels eines Skiagramms das Vorhandensein oder Fehlen einer Stirnhöhle festzustellen, die sich in verticaler Richtung unter die Glabella erstreckt.

Es kann eine kleine, mit dem oberen inneren Orbitalrand parallel verlaufende Höhle vorhanden sein, die durch den Skiagraphen nicht entdeckt wird.

In allen Fällen eines einseitigen Empyems, die durch die Operation bestätigt wurden, konnte man eine theilweise oder totale Verdunklung der dem Sinus entsprechenden Zone beobachten, sowie eine Undeutlichkeit der Abgrenzung, wenn man sie mit der gesunden Seite vergleicht.

Im Skiagramm erscheint die Stirnhöhle stets etwas grösser, als sie sich nachher bei der Operation herausstellt.

Eine oblonge, schmale, viel dunklere Zone, fast parallel mit dem oberen Orbitalrand auf der nasalen Seite, spricht für eine orbitale Ausbuchtung der Stirnhöhle.

Die Skiagraphie der Stirnhöhlen, in Verbindung mit der Durchleuchtung, stellt ein gutes diagnostisches Hülfsmittel dar; sie kann auch dazu dienen, die Ausdehnung des Siebbeinlabyrinths festzustellen.

Wenn der Schirm so aufgestellt werden kann, dass auch der Oberkiefer mit bestrahlt wird, so kann ein Antrumempyem erkannt werden. EMIL MAYER.

14) **Siegmund Moritz** (Manchester). **Ursachen, Symptome und Complicationen der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (The causes, symptoms and complications of the diseases of the nasal accessory sinuses.)** *British Medical Journal London. I. p. 174. 1905.*

Nichts neues, ausser der Bezeichnung „Adnasalhöhlen". J. DONELAN.

15) **Herbert Tilley. Einige Beobachtungen über die Oberkieferhöhleneiterung mit besonderer Berücksichtigung von Diagnose und Behandlung. (Some observations upon suppuration of the maxillary antrum with special reference to the diagnosis and treatment.)** *Proc. Odontological Soc. of Great Britain. 1903. Journal Laryngology. Februar 1904.*

Eine ausgezeichnete Abhandlung mit Bericht über den Verlauf von 35 mittels Radicaloperation behandelten Fällen, wovon 31 Heilungen. E. WAGGETT.

16) **George L. Richards. Ueber die relative Häufigkeit des dentalen und nasalen Ursprungs des Antrumempyems. (On the relative frequency of the dental and nasal origin of antral empyema.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Die Erfahrung des Verf. gründet sich auf 31 innerhalb 8 Jahren beobachteter

Fälle; davon waren 64,6 pCt. nasalen, 29 pCt. möglicherweise dentalen, und 3,2 pCt. traumatischen, 3,2 pCt. syphilitischen Ursprungs. EMIL MAYER.

17) **R. Bishop Canfield. Die Behandlung des chronischen einfachen und des mit Siebbein- und Keilbeinhöhlenempyem combinirten Antrumempyems. (The treatment of chronic empyema of the antrum both simple and when combined with empyema of the ethmoid and sphenoid.)** *N. Y. Medical News. 25. März 1905.*

Nach C.'s Erfahrung kommt das Antrumempyem in 40 pCt. der Fälle allein, in 60 pCt. der Fälle combinirt mit Erkrankung des Siebbeins und der Keilbeinhöhle vor. In diesen Fällen muss auch die Behandlung eine der Ausdehnung der Erkrankung entsprechende sein. Eine völlige Heilung ist in den combinirten Fällen sehr schwierig. Man geht zu radicalen Mitteln erst über, nachdem man die conservativen erschöpft hat. LEFFERTS.

18) **J. Moskovitz. Das acute Empyem der Highmorshöhle und dessen Therapie.** *Orvosok Lapja. No. 22.*

Mittelst Cocainadrenalintampon beseitigte Verf. angeblich die Geschwulst der mittleren Muschel und hierdurch die Eiterretention und Kopfschmerzen. Durch Scarification mit Galvanocaustik führt er eine andauernde Abnahme der mittleren Muschel herbei und heilte den ganzen Process. v. NAVRATIL.

19) **Hecht** (Beuthen Ob.-Schl.). **Zur Symptomatologie des Empyema antri Highmori.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von Kieferhöhleneiterung und deren schädigende Einwirkung auf den Gesammt-Organismus nebst epikritischen Betrachtungen. HECHT.

20) **Alexander Strubell** (Dresden). **Ueber Pathologie und Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Eingehender, für den practischen Arzt bestimmter Vortrag über obiges Thema.

HECHT.

21) **R. M. Wenzel** (Wien). **Zur Symptomatologie der Kieferhöhlenempyeme.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1905.*

Mittheilung eines Falles von periodisch secernirendem Kieferhöhlenempyem, bei welchem der Fötor des Secretes „nicht continuirlich, sondern nur zu ganz bestimmten Tageszeiten in einer täglich wiederkehrenden Regelmässigkeit" von dem Kranken empfunden wurde. Wenzel suchte die Erklärung darin, dass bei diesem Patienten in der betreffenden Zeit „eine grössere Quantität stinkenden Secretes in die Nasenhöhle entleert und daher deutlich wahrgenommen wurde, während eine nur ganz geringe Menge desselben Secretes, die in den späteren Nachmittags- und Abendstunden geliefert wurde, dem Kranken kaum als stinkend zum Bewusstsein zu kommen brauchte." Die zu gewissen Tageszeiten gesteigerte Secretmenge könne auch durch die hierdurch eintretende relative Stauung zur Erklärung für die Periodicität der Kopfschmerzen herangezogen werden. HECHT.

22) **Onodi. Geheilter Fall von Kieferhöhlenempyem, complicirt mit Exophthalmus und Amaurose.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 2. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Beim 19 jährigen Patienten traten plötzlich Kopfweh, Exophthalmus, Doppelsehen und vermindertes Sehvermögen auf. Visus rechts $^6/_5$, links $^6/_{15}$; Augengrund normal; links Protrusio bulbi, beschränkte Augenbewegungen, geschwollenes Oberlid; 38,9°. Da die Punction Eiter in der linken Kieferhöhle erwies, Resection der mittleren Muschel, Entfernung von Polypen, Ausspülung der Kieferhöhle. Abnahme und Heilung aller Symptome.

v. NAVRATIL.

23) **Lavrand. Chronisches rechtsseitiges Oberkieferhöhlenempyem; Operation, Heilung. (Sinusite maxillaire chronique droite; opération; guérison.)** *Journ. des sciences méd. de Lille. Januar 1905.*

Der Empyem war wahrscheinlich dentalen Ursprungs. Anbohrung von der Alveole; Durchspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd; Extraction der cariösen Zähne. Da die Eiterung andauert, so wurde die Caldwell'sche Operation ausgeführt; Heilung.

A. CARTAZ.

24) **Otto J. Freer. Die Oberkieferhöhle; die Entfernung des grössten Theiles ihrer nasalen Wand wegen Empyem. (The maxillary antrum; the removal of the greater part of its nasal wall for empyema.)** *N. Y. Medical News. 22. April 1905.*

Verf. nimmt Bezug auf die Arbeit von Holbrook Curtis, sowie auf die von Claoué und Escat veröffentlichten Fälle. Er rühmt als Vorzüge der Operationsmethode, dass für ihre Vornahme die Cocainanästhesie genügt, dass man die vordere Wand der Höhle nicht abzutragen braucht und doch einen freien Zugang für die Inspection und Curettage erhält, und dass eine vollkommene Drainage und Ventilation erzielt wird. Für die Mehrzahl der Fälle genügt die Abtragung des grössten Theiles der nasalen Wand; die Radicaloperation soll für die schwersten Fälle reservirt bleiben.

LEFFERTS.

25) **Onodi. Abgang eines Fremdkörpers aus der Highmorshöhle durch das Ostium maxillare.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 1.*

Beim Kranken wurde die Kieferhöhle durch den Processus alveolaris eröffnet und mit Gazestreifen tamponirt; Ausspülung und Tamponade besorgte Kranker selbst. Auf einmal Verschlimmerung des Zustandes — Fötor, viel Eiter. Beim Ausblasen der Nase entleerte sich aus der kranken Nasenhälfte ein 5 cm langer Gazestreifen.

v. NAVRATIL.

26) **John C. Munro. Psammom der Oberkieferhöhle. (Psammoma of the maxillary sinus.)** *N. Y. Medical News. 4. März 1905.*

Dieser Fall eines Oberkiefernhöhlentumors von dem Typus des Psammom hat in der Literatur kein Analogon. Verf. giebt eine ausführliche Schilderung des zu seiner Entfernung angewandten Operationsverfahrens und schildert den exstirpirten Tumor folgendermaasen: Die Geschwulstmasse hat einen Umfang von ca. 15 cm; sie sieht ungefähr aus wie feiner Sand, der mit Blut durchnässt ist. That man ein Partikelchen der Geschwulst in ein Reagensglas und setzte Salzsäure hinzu, so

trat ein Aufschäumen ein, ohne dass jedoch die Körnchen sich ganz auflösten. Diese sandartigen Körnchen liessen sich mit Leichtigkeit von einander trennen.

Mikroskopische Untersuchung: Etwas von dem Material wurde mit Schwefelsäure entkalkt und in Celloidin eingebettet. Man fand, dass die Kalkkörperchen getrennt waren durch ein Gewebe, das aus sehr zahlreichen, langen Spindelzellen mit wenig oder keiner Intercellularsubstanz bestand. Die Körnchen hatten verschiedenartige Gestalt, sie hatten 5—7 mm durchschnittliche Grösse und einige zeigten eine concentrische Structur. Sie lagen so dicht aneinander, dass die Gewebsinseln zwischen ihnen sehr klein waren.

Diagnose: Psammom von eigenthümlichem Typus, das möglicherweise unter die Sarkome gerechnet werden kann.

LEFFERTS.

27) **Z. L. Leonard. Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle. (A case of sarcoma of the maxillary sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Trotz chirurgischer Eingriffe führt der Fall zum Tode. Obwohl der Tumor sich in der Richtung nach der Schädelbasis ausbreitete, fehlten bis zum letzten Moment alle Erscheinungen von Seiten des Gehirns.

EMIL MAYER.

28) **Sebileau** (Paris). **Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. (Traitement des sinusites frontales.)** *Société de Chirurgie. 30. November 1904.*

Die Behandlung muss sich nach der anatomischen Beschaffenheit der Höhle richten und danach, ob die Siebbeinzellen betheiligt sind oder nicht. Ist die Stirnhöhle allein erkrankt, so genügt eine grosse Trepanationsöffnung, Ausräumung der Granulationen und Erweiterung des Canalis infundibularis. Erweist sich auch eine Eröffnung des Siebbeinlabyrinths als nothwendig, so lege man eine verticale Incision an, die vom Augenwinkel ausgeht und mache eine breite Oeffnung im aufsteigenden Ast des Oberkiefers.

PAUL RAUGÉ.

29) **Richard Hoffmann** (Dresden). **Osteoplastische Operationen bei chronischer Stirnhöhleneiterung. (Osteoplastic operations on the frontal sinuses for chronic suppuration.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, December 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass, wenn die knöchernen Wandungen der Stirnhöhle nicht miterkrankt sind, die osteoplastische Methode die meisten Vortheile bietet, insofern sie allen Indicationen gerecht wird, d. h. sie ermöglicht eine gründliche Inspection der Höhle, so dass alles Erkrankte entfernt werden kann, und gleichzeitig ist das kosmetische Resultat ein gutes. Bei Anwendung des Verfahrens ist darauf zu achten, dass der Knochenlappen überall mit dem umgebenden Knochen zusammenhängen muss, damit das kosmetische Resultat gut wird und nirgends die Heilung verzögernde Recessus sich bilden. Ferner muss die Communication der Höhle mit der Nase eine weite sein, damit keine Secretstauung eintritt.

EMIL MAYER.

30) **A. Logan Turner. Die operative Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of chronic suppuration in the frontal sinus.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1905.*

Verf. bespricht zuerst die intracraniellen Complicationen, die im Gefolge chronischer Nebenhöhlen vorkommen; er betont, dass bei dem Mangel an Sectionsbefunden eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes nicht möglich sei. Es werden dann die hauptsächlichsten Operationsmethoden abgehandelt; Verf. bemüht sich zu zeigen, wie oft einfache Eröffnung und Drainage der Höhle nach der Ogston-Luc'schen Methode im Stich lässt; die Resultate dieser Methode werden verglichen mit den weit günstigeren, die man erhält, wenn man die Höhle zur Obliteration bringt. Ausführlich werden auch die unglücklichen Zufälle besprochen, die bei Stirnhöhlenoperationen sich ereignen können. Verf. hat 24 tödtlich verlaufene Fälle zusammengestellt, von denen 17 der Ogston-Luc'schen Methode zur Last fallen. Der Aufsatz schliesst mit einer kurzen Beschreibung der Killian'schen Operation.

AUTORREFERAT.

31) **A. Logan Turner. Die operative Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of chronic suppuration of the frontal sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 4. Februar 1905.*

Nicht jede Operationsmethode eignet sich für alle Fälle. Ist die Höhle klein und sind wir sicher, sie von der in der vorderen Wand gemachten Oeffnung aus gut inspiciren zu können und besteht kein Siebbeinempyem, so kann eine einfache Oeffnung und Drainage mittels der Ogston-Luc'schen Methode genügen. In diesen Fällen ist es von grosser Wichtigkeit, für dauernde Communication zwischen Sinus und Nase zu sorgen. In allen anderen Fällen muss die Obliteration der Höhle angestrebt werden; in diesen Fällen muss die Höhle gründlich inspicirt, ein Zugang zu den Siebbeinzellen und eine weite Communication mit der Nase durch Resection des Processus frontalis des Oberkiefers geschaffen werden. Die Killlian'sche Operation scheint das am meisten versprechende Operationsverfahren zu sein. Welche Methode man auch wählen möge, so ist die Abtragung des Stirnfortsatzes des Oberkiefers zweifellos von grösstem Werth.

EMIL MAYER.

32) **W. Milligan** (Manchester). **Stirnhöhleneiterung; ihre chirurgische Behandlung auf Grund einer Analyse von 40 Fällen. (Suppurative frontal sinusitis; its surgical treatment based on an analysis of forty cases.)** *British Med. Journ. London. I. p. 171. 1905.*

Eine Abhandlung über die Pathologie und Bakteriologie der Erkrankung und Bericht über 40 operirte Fälle. Nach des Verf.'s Erfahrung liegt stets eine Combination mit Siebbeineiterung vor; es sollten daher immer die fronto-ethmoidalen Zellen geöffnet und drainirt werden. Was den kosmetischen Erfolg betrifft, so findet er, dass die grösste Deformität nach der Killian'schen Operation entsteht. Verf. erörtert ferner, ob es rathsam sei, die äussere Wunde völlig durch Naht zu schliessen. Nach einigen ungünstigen Erfahrungen mit dem primären völligen Verschluss der Wunde näht er jetzt nur eine Hälfte oder den dritten Theil der

Incision und tamponirt durch den übrigen Theil der Oeffnung. Wenn ein genügender Theil der mittleren Muschel entfernt und das Infundibulum hinreichend weit ist, erübrigt sich eine Drainage nach der Nasenhöhle.

Von den 40 Fällen starben 2 infolge Abscess des Stirnlappens, bei 28 trat Heilung ein und bei 10 blieb noch eine geringe Absonderung aus der Höhle, während bei 5 die Eiterung noch einen etwas profusen Charakter hat.

JAMES DONELAN.

33) **Henry B. Hitz. Bericht über einen Fall von multipler Stirnhöhleneiterung mittelst der Killian'schen und Caldwell-Luc'schen Operationsmethoden geheilt. (Report of a case of multiple sinusitis cured by the Killian and Caldwell-Luc methods.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Seit der Operation sind 10 Monate verflossen und Pat. befindet sich durchaus wohl. Ein merkwürdiger Umstand ist das Verschwinden einer seit vielen Jahren bestehenden Acne vulgaris. Die Deformität ist gering; Verf. behauptet, die Operation habe den Erfolg gehabt, dass „das Gesicht an Stelle des vorher etwas mürrischen jetzt einen jovialen Ausdruck bekommen habe.“ EMIL MAYER.

34) **F. Siebenmann. Die Rücklagerung der Nase bei der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 3. S. 501.*

In Fällen von doppelseitiger Stirnhöhlenerkrankung, in denen die Stirnhöhlen in der Richtung von vorn nach hinten sehr geräumig sind, vermeidet S. bei der Operation das Zurückbleiben einer grösseren stufenartigen Deformität der Nasenwurzelgegend dadurch, dass er mittelst Meissel und Knochenzange das Nasendach in toto mobilisirt und die Nasenwurzel an die hintere Stirnhöhlenwand andrängt, wo sie mittelst Sutur und entsprechend gepolstertem Verband festgehalten wird und zur Anheilung kommt. F. KLEMPERER.

35) **Burchardt. Eine Modificirung der Kuhnt'schen Operation bei chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 495.*

Die von B. angegebene Modification besteht im primären Verschluss der Operationswunde und dem Andrücken der Weichtheile auf die Hinterwand der bisherigen Höhle. F. KLEMPERER.

36) **J. Goyanes** (Madrid). **Studium des Osteoms der Stirn-Sinus. (Estudio del osteoma de los senos frontales.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. practic. No. 822 u. 823. 1904.*

Der in der chirurgischen Klinik der Madrider Facultät zur Operation gelangte Fall betraf einen 24jährigen jungen Mann, der seit 5 Jahren an den durch das Osteom verursachten Augenstörungen gelitten hatte. Die Operation und die anatomische Untersuchung der Neubildung werden eingehend geschildert und mit Betrachtungen über die Embryologie und klinische Aetiologie der Osteome der Stirnsinus begleitet. R. BOTEY.

37) **M. Paunz. Durch Empyem der hinteren Siebbeinzellen verursachte Papillitis nervi optici.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Rechtsseitige Papillitis. In der Fissura olfactoria geringes schleimig-eitriges

Secret. Nach Eröffnung und Durchspülung der vorderen und dann der hinteren Siebbeinzellen besserte sich die Papillitis bedeutend. Vor der Operation rechts Visus $^5/_{50}$, links $^5/_5$, nach der Operation rechts $^5/_{15}$, links $^5/_5$. v. NAVRATIL.

38) **Bergengrün. Ueber einen letalen Fall von Empyema sinus ethmoidalis.** *St. Petersburger med. Wochenschrift. No. 6. 1905.*

Es handelte sich um einen 28jährigen Opernsänger, der an Polypen in der rechten Nase litt. Dieselben wurden zum Theil entfernt und dabei Empyem des Sinus ethm. dextr. diagnosticirt mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Empyem des rechten Sinus frontalis.

6 Wochen danach plötzliche Kopfschmerzen, Anzeichen von Meningitis, Protrusio bulbi sin. und starke Anschwellung mit Schmerzhaftigkeit der Regio supraorbit. sin.

Der linke Sinus frontalis wurde aufgemeisselt und leer gefunden. 5 Stunden danach Exitus.

Befund der Autopsie: Meningitis diff., Thrombosis sin. cavern., Empyema sin. ethm. et sin. sphenoid. P. HELLAT.

39) **Cangard. Carcinom des Siebbeins. (Cancer de l'éthmoide.)** *Société médico-chirurgicale. 10. April 1905.*

Fall von Epitheliom der linken Nasenhöhle, das seinen Ausgang vom Siebbein nahm. Der Tumor war in Stirn- und Keilbeinhöhle hineingewachsen. Der Pat. wurde mit Erfolg mittels eines ziemlich complicirten Verfahrens operirt, das in der partiellen Resection mehrerer Knochen des Gesichtsskeletts bestand.

PAUL RAUGÉ.

40) **M. Hajek** (Wien). **Zur Diagnose und intranasalen chirurgischen Behandlung der Eiterungen der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 105. 1904.*

Verf. unterscheidet bei den Eiterungen der beiden Nebenhöhlen, die er als Nebenhöhlen II. Serie bezeichnet, vier Eventualitäten: 1. Empyem der Keilbeinhöhle; 2. Combination von Empyem der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes; 3. Pyosinus der Keilbeinhöhle (i. e. Eiter in der Keilbeinhöhle, der aber nicht in dieser gebildet wird, sondern aus dem hinteren Siebbeinlabyrinth stammt) und 4. Empyem der hinteren Siebbeinhöhle. Bei allen vier Eventualitäten erscheint der Eiter in der Rima olfactoria oder fliesst, wenn der Abfluss des Secrets in die vordere Nasenhälfte gehemmt ist, über die mittlere Muschel in den Nasenrachenraum. Der differentiellen Diagnostik und der operativen Behandlung dieser Affectionen widmet Verf. unter Zugrundelegung ausführlicher Krankengeschichten eine eingehende Besprechung, deren bemerkenswerthe Einzelheiten im Referat nicht wiedergegeben werden können. F. KLEMPERER.

41) **Onodi. Ueber die Frage der endonasalen breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 1. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Führt vorerst die Resultate seiner Messungen und Untersuchungen über die Anatomie der Keilbeinhöhle an; namentlich über deren Vorderwand, den nasalen,

ethmoidalen, maxillaren, frontalen Theil derselben; über das Ostium sphenoidale, über das Lageverhältniss der Keilbeinhöhle zur mittleren Muschel und den Siebbeinzellen.

Auf Grund dieser Untersuchungen und seiner eigenen therapeutischen Erfolge giebt er der Hajek'schen Methode, der directen nasalen Eröffnung, den Vorrang, eventuell nach Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen. Die Killian'sche indirecte Eröffnung hält er für minderwerthig.

Wenn Kieferhöhle und Keilbeinhöhle miteinander erkrankt sind, kann die Keilbeinhöhle nach Jansen durch die Kieferhöhle eröffnet werden, wenn beide Höhlen nahe zu einander liegen und die Zwischenwand dünn ist — das ist aber immer Zufallssache. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Stirnhöhle kann man die Eröffnung der Keilbeinhöhle mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation verbinden.

V. NAVRATIL.

42) **M. Calamida. Carcinom der Keilbeinhöhle. (Carcinoma del seno sfenoidale.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. No. III. 1905.*

Es handelt sich um ein von den Schleimdrüsen der Sinusschleimhaut ausgegangenes primäres Carcinom der Keilbeinhöhle, das secundär die Schädelhöhle, Nasenhöhle und Nasenrachenraum ergriffen hatte. Der Exitus erfolgte nicht infolge Meningitis oder Hirnabscess, wie in den meisten Fällen, sondern infolge von Marasmus.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

43) **C. Toldt. Der Winkelfortsatz des Unterkiefers bei Menschen und bei den Säugethieren und die Beziehungen der Kaumuskeln zu demselben.** *Sitzungsbericht d. k. Acad. d. Wissensch. Wien 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

44) **K. v. Bardeleben. Der Unterkiefer der Säugethiere, besonders des Menschen.** *Anat. Anz. XXI. 4/5. S. 104.*

45) **K. v. Bardeleben. Ueber den Unterkiefer der Säugethiere.** *Sitzungsber. d. Ges. naturf. Freunde. No. 5. S. 156. 1905.*

46) **K. v. Bardeleben. Ueber die Anatomie des menschlichen Unterkiefers.** *Med. Klinik. Jahrg. 1. No. 28. S. 695.*

Entgegen der Hypothese Walkhoff's, das Kinn sei infolge der sprachlichen Function des M. genioglossus entstanden, erklärt v. B., das Kinn sei ein besonderes Skelettelement.

J. KATZENSTEIN.

47) **E. Buser** (Reinach). **Sind der hohe Gaumen, Schmalheit und V-förmige Knickung des Zahnbogens, sowie Anomalien der Zahnstellung eine Folge der Mundathmung und des Wangendruckes?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 503.*

Die Arbeit, der ein Material von 514 Gesichtsschädel- und Gaumenmessungen zu Grunde liegt, kommt aus der Baseler Klinik von Prof. Siebenmann und bildet eine Fortsetzung und Ergänzung zahlreicher ähnlicher aus dieser Klinik

hervorgegangener Untersuchungsreihen. Die im Titel gestellte Frage beantwortet Verf. in folgenden Schlusssätzen:

„1. Mannigfache, durch Vererbung und andere Einflüsse hervorgerufene individuelle Schwankungen im Aufbau des Obergesichtsschädels zwingen uns, zur Erreichung allgemein gültiger Resultate eine umfassende Anzahl von Einzelmessungen vorzunehmen. Kleine Beobachtungsreihen erfüllen diesen Zweck nicht und bergen die Gefahr von Trugschlüssen in sich.

2. Die Zusammenstellung unserer Beobachtungen und Messungen an 514 gutbezahnten Obergesichtsschädeln lebender Erwachsener ergiebt deutlich die Thatsache einer „Correlation“ der Form des Obergesichtsskelettes, des knöchernen Naseneingangs und des harten Gaumens, wie auch das Vorhandensein eines leptoprosopen und eines chamäprosopen Typus im Aufbau des Gesichtsschädels.

Die Anzahl der von uns gemessenen Köpfe und der Umstand, dass die Ansatzpunkte für das messende Instrument an möglichst charakteristischen Stellen des Obergesichtsschädels gewählt wurden, sichert die Gültigkeit dieses Gesammtresultats, obgleich zahlreiche individuelle Abweichungen dasselbe in Frage zu stellen scheinen.

3. Die leptoprosope Gesichtsform zeigt vergesellschaftet mit einem hohen schmalen knöchernen Naseneingang eine hohe schmale Gaumenform mit entsprechend engem Zahnbogen. In diesem finden die Zähne der II. Dentition oft nur mit Mühe Platz, was Veranlassung zu Anomalien der Zahnstellung und V-förmiger Knickung des Alveolarbogens giebt. Das chamäprosope Obergesicht dagegen weist neben einem breiten knöchernen Naseneingang mehr in die Breite gehende Verhältnisse seines Gaumens und Zahnbogens auf.

4. Durch Athemhindernisse, wie sie vor allem die Hypertrophie der Rachendachmandel und die damit verbundenen Schwellungszustände der Nasenschleimhaut darstellen, wird die schmale Respirationsspalte des leptoprosopen Obergesichts öfters verlegt; während dieselben Zustände auf die Durchgängigkeit der weiten Nasengänge des chamäprosopen Obergesichts sehr oft keinen Einfluss ausüben. Bei den Leptoprosopen finden wir daher öfter Mundathmung infolge der adenoiden Vegetationen als bei den Chamäprosopen.

5. Die Thatsache der Correlation im Aufbau unseres Obergesichtsschädels erklärt am ungezwungensten das gehäufte Zusammentreffen von Mundathmung, mit dem hohen Gaumen, der Schmalheit und V-förmigen Knickung des Zahnbogens und den Anomalien der Zahnstellung.

6. Eine Folge der Correlation des Obergesichts, der knöchernen Respirationsspalte und des harten Gaumens ist, dass diejenigen Autoren, die ihre Beobachtungen und Messungen vorzüglich an Mundathmern gemacht haben, bei Hypertrophie der Rachendachmandel öfter einen hohen Gaumen und schmalen, manchmal deformirten Zahnbogen finden.

7. Die anatomischen Verhältnisse widersprechen der Möglichkeit eines comprimirenden Einflusses der leicht relaxirten Kau- und Wangenmuskulatur auf das Oberkieferskelett und einer Einwirkung derselben auf die Gesichtsschädelform bei Mundathmung.

Belege für einen Einfluss der Mundathmung auf die Form des Gaumens und Zahnbogens lassen sich in meinen Messungen und Beobachtungen keine finden.

8. Beim Weibe sind die absoluten Mittelmaasse für Höhe und Breite des Obergesichts, des knöchernen Naseneingangs und des Gaumens, sowie auch das Längsmaass des harten Gaumens kleiner als beim Manne.

Im Verhältniss zu seiner Höhe geht das weibliche Obergesichtsskelett etwas mehr in die Breite als das männliche; das Gleiche gilt auch für seine obengenannten Theile.“ F. KLEMPERER.

48) **Ranzi** und **Sultan** (Wien). **Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 72. 1904.*

Es zeigte sich, dass in allen Fällen, in denen bei gutem operativen Resultat Sprachübungen vorgenommen wurden, die Sprache verbessert resp. normal wurde. Ohne Sprachübungen konnte nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle eine Besserung erzielt werden. Aber auch bei Patienten, bei denen die Naht nur theilweise gehalten hatte, konnte durch die Sprachübungen mehrmals eine Besserung erzielt werden. Es sprechen die Fälle aus der v. Eiselsberg'schen Klinik dafür, dass die sprachlichen Resultate der Gaumenoperationen durch jedesmal principiell vorgenommenen Sprachunterricht noch besser sich gestalten lassen. O. SEIFERT.

49) **Collet** und **Trouilleux** (Lyon). **Angeborene Perforationen der hinteren Gaumenbögen. (Perforations congénitales du pilier postérieur du voile du palais.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 7. Juni 1905.*

Während die Perforationen an den vorderen Gaumenbögen verhältnissmässig häufig sind, gehören die der hinteren Gaumenbögen zu den grössten Seltenheiten. Im vorliegenden Fall bestanden auf der linken Seite zwei Perforationen, auf der rechten eine; alle drei waren von ovaler Form, die grössere Axe war die verticale.

PAUL RAUGÉ.

50) **Dollinger.** **Angioma cavernosum der Schädelbasis; Entfernung desselben mittelst temporärer Abmeisselung des harten Gaumens.** *Orvosi Hetilap. No. 29. 1905.*

Die Geschwulst ging von der Schädelbasis aus, erfüllte beide Nasenhälften, war sehr blutreich. Präventive Unterbindung der Carotis externa beiderseits und Tracheotomie. D. durchmeisselte den Processus alveolaris an seinem oberen Rande, sowie auch den harten Gaumen, zog dieselben herab und entfernte auf diese Weise die Geschwulst, welche die Structur eines Angioma cavernosum zeigte.

V. NAVRATIL.

51) **J. M. Ballido Golferichs** (Barcelona). **Beziehungen zwischen der Hypophyse und der in der Rachenhöhle gelegenen Bildungsorgane sowohl beim Embryo als beim Fötus, Kinde und Erwachsenen. Doctor-Thesis. (Relaciones entre la hipófisis y las formaciones situadas en la bóveda de la faringe en el embrión, en el fetos en el nino y en el adulto. Tesis de Doctorado.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 130. 1904.*

Für die Embyrologie interessante Mittheilung der vom Verf. gemachten Beobachtungen und daran anschliessende Schlussfolgerungen. R. BOTEY.

52) **González Campos** (Madrid). **Rachenstenose. (Estonosis faringea.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. Pratic. No. 21. Mai 1904.*

Die Verengerung, wahrscheinlich carcinomatöser Natur, befand sich auf 18 cm Länge des Oesophagus. Die Radiographie ergab Erweiterung oberhalb der Stenosenstelle. Die palliative Behandlung bestand in der Gastrostomie. An den in der medicinisch-chirurgischen Akademie mitgetheilten Fall schloss sich eine Discussion.

R. BOTEY.

53) **K. Buday. Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen.** (Aus dem pathol.-anat. Institut der Universität Kolozsvár.) *Ziegler's Beiträge z. pathol. Anatomie. XXVIII. 2. 1905.*

Es finden sich bei diesen Erkrankungen das Spirillum, der Bacillus fusiformis, Lepthothrixfäden und kommaartige Bacterien. Die Hauptrolle bei der Entstehung der Noma spielen die an der Nekrotisirungsgrenze in die normalen Gewebe eindringenden Bacterien (Bac. fusif. und kommaförmigen Bacillen).

Das Spirillum ist in den vitalen Geweben nach der Verbreitungsrichtung in grösster Zahl vorhanden, schreitet am weitesten fort und bereitet den Boden zur Ansiedelung des Bac. fusif., hat daher die grösste Bedeutung für die Verbreitung der Nekrose, verursacht sie aber allein noch nicht vollständig.

Der Bac. fusif. besitzt eine starke entzündungserregende Wirkung. Die Spirillen dagegen können ihrer weniger hochgradig entzündungserregenden Eigenschaft wegen weiter in die Gewebe eindringen, sie ungehindert überschwemmen und ihrer Widerstandskraft berauben. Die Nekrose ist der bedeutenden Vermehrung der spindelförmigen Bacillen und den etwa durch sie producirten Zellgiften auf Rechnung zu setzen.

Der zur Nekrose gelangte Theil wird dann durch die dickeren, leptothrixartigen Fäden durchwoben, die die Erweichung des bereits nekrotisirten Gewebes fördern. Der eigentliche gangränöse Zerfall ist das Product oberflächlicher Bacterien, verschiedener Bacillen und Kokken.

Die histologischen und bacteriologischen Veränderungen bei Noma und Stomatitis und Pharyngitis gangraenosa sind im Grossen und Ganzen dieselben; diese Krankheiten sind also nur graduell verschieden.

Da der Bac. fusif. und das Spirillum sich auch bei der relativ unschuldigen Angina Vincenti finden, müssen dort besondere Momente eine Rolle spielen — jugendliches Alter, geschwächter Organismus. Das Spirillum, der Bac. fusif., die Leptothrixfäden und die kommaartigen Bacterien gehen nie ineinander über, sind nicht verschiedene Entwickelungsstadien ein und derselben Bacterienart, sondern sind selbstständige Formen und zeigen auch hinsichtlich ihrer Anordnung und Färbung ziemlich scharfe Unterschiede.

Die progressiven Mund- und Rachengangränen des Kindesalters gehören zu den sogenannten infectiösen Gangränen und werden durch verschiedene Mundbacterien, und zwar meist durch die Symbiose eines Spirillum und das Bac. fusif., verursacht.

A. ROSENBERG.

54) **H. S. Birkett. Weitere Mittheilung über Behandlung eines Falles von primärem Lupus vulgaris der Mundrachenhöhle und des Nasenrachens mit X-Strahlen. (Further report of a case of primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx treated by X-rays.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Vorgetragen auf der XXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905. EMIL MAYER.

55) **Okuneff. Ueber die Behandlung der tuberculösen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs mit Trichloressigsäure. (Du traitement des affections tuberculeuses du pharynx et du larynx par l'acide trichloracétique.)** *Arch. intern. du laryngol. No. II. März-April 1905.*

Mittelst dieser Behandlungsmethode hat Verf. Vernarbung der Geschwüre, Abnahme des Hustens, Besserung der Phonation erzielt; unangenehme Nebenerscheinungen kamen nicht vor. E. J. MOURE.

56) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die Rachenerkrankung bei der Genickstarre.** *Fortschritte der Medicin. No. 29. 1905.*

Verf. betont seine früher ausgesprochenen Anschauungen, dass als Eintrittspforte des Krankheitserregers der epidemischen Genickstarre der hintere Nasenrachenraum, der lymphatische Nasen-Rachenring, besonders die Rachentonsille zu beobachten sei (Angina retronasalis). Bezüglich der Epidemiologie weist er auf die Möglichkeit hin, dass der Pilz in irgend einem Hausthier vegetirt und gelegentlich von diesem auf die Menschen übertragen wird, vor allem würde festzustellen sein, in welchem Verhältniss die seröse Meningitis der Pferde zur Meningitis der Menschen steht. O. SEIFERT.

57) **Lewis S. Somers. Xerostom. (Xerostoma.)** *Amer. Journal Med. Sciences. September 1905.*

Eine kurze Zusammenfassung über die Pathologie der Krankheit nebst Bericht über einen Fall eigener Beobachtung. LOGAN TURNER.

58) **Lippmann** (Berlin). **Demonstration eines Falles mit exulcerirtem Gummiknoten an der hinteren Rachenwand.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 4. Vereinsbeilage. 1904.*

Ausser einem exulcerirten Gumma der hinteren Rachenwand fanden sich ein Gummaknoten der Haut der linken Inguinalgegend und ein Muskelgumma des linken Oberschenkels. ALBANUS (ZARNIKO).

59) **Baumann** (Erlangen). **Ueber einen Fall von Decubitus pharyngis mit Papillombildung.** *Dissert. Erlangen 1904.*

Ueber die klinische Geschichte des beschriebenen Präparates ist nichts mitgetheilt. Es handelte sich unzweifelhaft um ein Decubitalgeschwür des Pharynx, in dessen Umgebung sich eine Neubildung gutartigen Charakters entwickelt hatte, die als papillomatöse Wucherung bezeichnet werden konnte. O. SEIFERT.

60) **Charles Greene Cumston. Indicationen und Technik der Pharyngotomia infrahyoidea. (The indications and technique of infrahyoid pharyngotomy.)** *Medicine. December 1905.*

Die Indicationen für Pharyngotomia infrahyoïdea sind: Fremdkörper des Pharynx, Fremdkörper des Larynx, nicht-bösartige Tumoren des Pharynx und Larynx, Tuberculose des Pharynx und Larynx. Der übrige Inhalt des Artikels ist von ausschliesslich chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

61) **Molitor. Betrachtungen über die Angina diphtheritica und ihre Complicationen beim Erwachsenen. (Considérations sur l'angine diphtéritique et ses complications chez l'adulte.)** *Arch. Méd. Belges. Juni 1905.*

Der Autor bespricht hauptsächlich die 3 häufigsten Complicationen: Die Laryngitis diphtheritica (Croup), die diphtheritische Myocarditis und die diphtheritischen Lähmungen. Bekanntes! BAYER.

62) **Martin. Einige Worte bezüglich der Diphtheritis. (Quelques mots à propos de la diphtérie.)** *Arch. Méd. Belges. Juli 1905.*

M. theilt 3 Fälle mit, wovon der 1. eine normal verlaufende Diphtheritis betrifft; Seruminjection: der 2. eine anormal verlaufende, mit Urticaria und starkem Fieber in Folge der Seruminjection; und bei dem 3. es zweifelhaft ist, ob überhaupt Diphtheritis vorlag. Der Autor räth, die Eltern jedesmal auf die etwaigen Folgen der Seruminjection aufmerksam zu machen. BAYER.

63) **J. D. Rolleston. Ueber das Verhalten des Achillessehnenreflexes bei Diphtherie. (On the condition of the tendo Achillis jerk in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1905.*

Verf. hat in 100 Fällen von Diphtherie den Achillessehnenreflex geprüft. Er hat in einer grossen Anzahl von Fällen seine Abwesenheit constatiren können, wenngleich nicht so oft, wie dies beim Patellarreflex der Fall ist. Häufigkeit und Grad der Abschwächung des Reflexes stehen in directem Verhältniss zu dem Charakter der anfänglichen Rachenaffection. In allen Fällen von diphtherischer Lähmung fehlt er völlig. Ebenso wie der Patellarreflex kann auch der Achillessehnenreflex bereits im Beginn der Krankheit verschwinden und noch nach dem Aufhören aller eigentlichen Lähmungserscheinungen verschwunden bleiben und ebenso wie jene kann das Verhalten auf beiden Seiten verschieden sein.

LEFFERTS.

64) **O. H. Wilson. Kehlkopfdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. bekennt sich als Anhänger der Intubation, die er vor allen Dingen räth, nicht zu spät vorzunehmen. LEFFERTS.

65) **Villard. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie ohne Fieber. (Un cas de diphtérie laryngée apyrétique.)** *Société méd. chir. des hôpitaux de Nantes. 4. December 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt. A. CARTAZ.

66) **B. J. Royer. Studie über gewisse Complicationen und Folgezustände bei operativen Fällen von Kehlkopfdiphtherie. (Study of certain complications and sequels met in operative cases of laryngeal diphtheria.)** *American Medicine. 28. October 1905.*

Verf. erörtert die Complicationen, die eine unmittelbare Folge von Intubationen oder Intubationsversuchen darstellen, wie reflectorische Dyspnoe oder Athemstörungen. Er bezeichnet die Atonie der M. crico-arytaenoidei postici als die mögliche Ursache für eine acute Stenose nach Extubation. Verf. räth, weite Tuben tragen zu lassen und wenn Autoextubation droht, die Tracheotomie zu machen; ferner intubirt er, während die Trachealcanüle getragen wird, öfter, um einer Narbenstenose vorzubeugen. Er hält die Behandlung mit Röntgenstrahlen für ein Hülfsmittel, um Narben, die eine chronische Stenose bedingen, zu erweichen. EMIL MAYER.

67) **A. T. Mussen. Postdiphtherische Lähmung. Ein Bericht über zwei Fälle. (Post diphtheritic paralysis. A report of two cases.)** *N. Y. Medical Journal. 7. October 1905. Montreal Medical Journal. September 1905.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen 27jährigen Mann, bei dem zuerst eine postdiphtherische Gaumensegellähmung eintrat; dann zeigte sich taubes Gefühl in Händen und Füssen und ataktischer Gang; das Romberg'sche Zeichen war vorhanden. Die oberen Extremitäten waren nicht betheiligt. Heilung trat nach 10 Wochen ein.

Der zweite Fall betraf einen 30jährigen Mann, bei dem vor 2 Monaten Diphtherie bestanden hatte. Es trat Accommodationslähmung, Taubheitsgefühl in den Fusssohlen und Gehstörung auf.

Die Behandlung bestand erst in Galvanisation, dann Faradisation und Vibrationsmassage. Heilung nach 3 Monaten. EMIL MAYER.

68) **John N. Mc. Collom. Nasen- und Ohrcomplicationen bei Diphtherie, Scharlach und Masern. (Nose and ear complications in diphtheria, scarlatina and measles.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Verf. bespricht die Häufigkeit der Otitis media bei Diphtherie, Scharlachfieber und Masern und die Wichtigkeit der frühzeitigen Operation einer eventuellen Mastoiditis. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

69) **Z. L. Leonard. Einige Phasen der chronischen Laryngitis. (Some phases of chronic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juli 1904.*

Der Hauptzweck des Aufsatzes besteht darin, zu betonen, dass chronische Kehlkopfentzündungen, wenn man bei der Therapie die Aetiologie genügend berücksichtigt, gute Aussichten für die Heilung bieten. LEFFERTS.

70) **D. S. Lamb. Ein Fall von chronischer Kehlkopfentzündung. (A case of chronic inflammation of the Larynx.)** *Washington Medical Annals. Januar 1905.*

Ein 27jähriger Mann wurde sterbend ins Krankenhaus gebracht. Es war keine Anamnese zu eruiren. Man fand eine entzündliche Verdickung und Induration der Kehlkopfschleimhaut, die fast wie eine Neubildung aussah.

EMIL MAYER.

71) **C. C. Rice. Der Unterschied in Aetiologie und klinischen Symptomen zwischen einfacher katarrhalischer Laryngitis und der der Sänger, Schauspieler etc. (The difference in causation and chronic appearance between simple catarrhal laryngitis and he laryngitis of singers, actors etc.)** *The Post-Graduate. November 1905.*

Bei der professionellen Laryngitis handelt es sich um eine Art Trauma; die Congestion zeigt sich besonders auf den Stimmlippen, während die übrigen Theile weniger afficirt sind. Die Aryknorpel werden dadurch verändert, dass der eine Knorpel sich gegen den andern reibt.

Verf. spricht von einer angeborenen Gefässerweiterung an den Stimmlippen; er hat diesen Zustand bei einem Patienten 15 Jahre lang beobachtet. Bei der Laryngitis der Sänger etc. kann am meisten durch richtige Methode des Singens und Sprechens erreicht werden.

EMIL MAYER.

72) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Kenntniss der Laryngitis submucosa acuta.** *Mit 7 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Unter Bericht über zwei einschlägige Fälle verbreitet sich Autor über die pathologische Anatomie und die klinischen Erscheinungen des Larynx-Erysipels und der Larynx-Phlegmone, bespricht die einschlägige Literatur und schlägt vor — in Modification der Kuttner'schen Nomenclatur — bei der Laryngitis submucosa infectiosa acuta 4 Verlaufsformen zu unterscheiden:

1. erysipelatosa
2. plastica } phlegmonosa.
3. suppurativa }
4. septica

HECHT.

73) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Kenntniss der Laryngitis submucosa acuta.** *II. und III. Theil. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Die ausführliche Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

74) **S. Citelli. Acute recidivirende Larynxstenose infolge Laryngitis subglottica. (Laringostenosi acuta recidivante per laringite ipoglottica.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Bei einem $3^1/_2$ jährigen Knaben trat ungefähr eine Woche nach dem Verschwinden eines Masernexanthems Heiserkeit mit Erscheinungen von Larynxstenose auf. Dieselben steigerten sich über Nacht derart, dass ein Chirurg die Tracheotomie vornahm. Vier Tage nach der Operation konnte Verf. den Knaben laryngo-

skopisch untersuchen, fand den übrigen Kehlkopf normal, die Stimmbänder jedoch etwas geröthet und am freien Rand ödematös. Nirgends waren irgend welche pseudomembranösen Auflagerungen zu sehen. Vierzehn Monate, nachdem der Knabe wieder geheilt war, trat im Anschluss an eine Erkältung wieder Heiserkeit und Athemnoth auf, die Nachts so bedrohlich wurde, dass der Verf. die Intubation machte. Nach 2 Tagen wurde extubirt; der Pat. athmete zunächst ohne jede Beschwerden, doch schon nach 6 Stunden zeigten sich wieder Erstickungserscheinungen und als Verf. dazu kam, fand er den Knaben völlig asphyktisch mit starkem Trismus; nach vielen Mühen gelang es, einen dünnen Tubus (No. III) in den Larynx einzuführen. Da Verf. fürchtete, dass dieser Tubus, wie das bei der früheren Intubation schon der Fall war, spontan ausgestossen werden würde, machte er die Tracheotomie. Heilung nach 8 Tagen.

Verf. bedient sich mit Vorliebe solcher Intubationsröhren, die ganz aus Vulcanit gefertigt sind; er hat niemals bei deren Anwendung Perichondritis oder Schleimhautgeschwüre auftreten sehen. FINDER.

75) **G. Prota. Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen. (Laringismo stridulo e vegetazioni adenoidi.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. No. II. 1905.*

Verf. veröffentlicht 10 Fälle von Laryngismus stridulus bei Kindern mit adenoiden Vegetationen; nach Ausräumung des Nasenrachens verschwanden die Anfälle von Laryngismus stridulus völlig. FINDER.

76) **C. C. Benedict. Tetanie und Laryngismus stridulus bei einem atrophischen Kind. (Tetany and Laryngismus stridulus accompanying malnutrition in an infant.)** *Journal of the American Medical Association. 7. Januar 1905.*

Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall. EMIL MAYER.

77) **J. de Bruin** (Amsterdam). **Tetanie und Spasmus glottidis in Amsterdam. (Tetanie en spasmus glottidis in Amsterdam.)** *Handelingen X. Natuur- en Geneesk. Congres. Arnheim 1905.*

Bis vor 4 Jahren sah de B. in Amsterdam niemals Tetanie; in den letzten 4 Jahren dagegen nicht weniger als 14 Fälle, von denen 6 mit Laryngospasmus einhergingen. Weiter beobachtete er noch 17 Fälle von Laryngospasmus ohne Tetanie bei Kindern. Der Glottiskrampf ist offenbar benigner Art; seine Fälle endeten sämmtlich mit Heilung. H. BURGER.

78) **H. Russell Nolan** (Sydney). **Ein Fall von Trachealblutung. (A case of tracheal hemorrage.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1905.*

Es handelte sich um einen 54 jährigen Mann, bei dem heftige Hämoptysen auftraten, ohne dass durch die Untersuchung der Lungen irgend welcher Grund dafür ausfindig gemacht werden konnte. Laryngoskopisch sah man Blut aus der linken Trachealwand hervorquellen, dicht unterhalb der linken Stimmlippe. Sonst war in der Trachea nichts Krankhaftes auffindbar. A. J. BRADY.

79) **Escat. Dringende Tracheotomie beim Erwachsenen; Laryngotomia intercricothyreoidea. (Trachéotomie d'urgence chez l'adulte; laryngotomie intercrico-thyreoidienne.)** *Arch. méd. de Toulouse. 15. April 1904.*

Uebersicht über die hauptsächlichsten Indicationen für die dringliche Tracheotomie und die anzuwendende Technik.

A. CARTAZ.

80) **Thomas C. Hoover. Unmittelbarer Verschluss der Tracheotomiewunde. (Immediate closure of tracheotomy wounds.)** *Journal of the American Medical Association. 3. Juni 1905.*

Bericht über einen Fremdkörper — ein Getreidekorn — in der Trachea. Es wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Die Wunde wurde sofort mit feinem Catgut geschlossen. Prompte Heilung.

EMIL MAYER.

81) **Miles J. Porter. Unmittelbarer Verschluss von Tracheotomiewunden. (Immediate closure of tracheotomy wounds.)** *Journal of the American Medical Association. 8. April 1905.*

Verf. plaidirt dafür, Tracheotomiewunden, ausser, wenn es sich um Dyspnoe oder infectiöse Krankheiten handelt, stets völlig und sofort zu schliessen.

EMIL MAYER.

82) **Joh. Henrichsen** (Kopenhagen). **Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum. (Tilfälde af Stenosis tracheae post vulnus incisum.)** *Ugeskr. f. Laeger. 20. Juli 1905.*

Die Arbeit ist im Archiv für Laryngologie und Rhinologie, 1905, S. 343, veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

83) **George E. Brewer. Zwei Fälle von Trachealstenose infolge Neubildung. (Two cases of tracheal stenosis from new growth.)** *N. Y. Medical News. 11. Februar 1905.*

Der erste Patient war ein 11 jähriger Knabe; im Alter von 5 Jahren litt er an Kehlkopfpapillomen. In Folge Athemnoth musste die Tracheotomie gemacht werden. Mittelst andauernder, localer Behandlung wurde der grösste Theil der Kehlkopfgeschwülste entfernt, ohne dass die Athmung wesentlich gebessert wurde. Sobald die Canüle entfernt wurde, trat schwere Dyspnoe ein. Man fand unmittelbar unterhalb der Trachealöffnung eine grosse papillomatöse Masse, die das Lumen völlig verlegte und mittels einen schmalen Stiels der linken Trachealwand aufsass. Sie konnte mit Leichtigkeit entfernt werden, ebenso wurden Papillome an und unter den Stimmbändern abgetragen.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Mann mit einem Adenocarcinom einer Nebenschilddrüse. Die Geschwulst verursachte erhebliche Trachealstenose. Es wurde zunächst die Tracheotomie gemacht, dann der Tumor freigelegt. Dieser erwies sich als grosser, abgekapselter Tumor unterhalb der Schilddrüse, der zum Theil in das Mediastinum hinabreichte. Der Tumor wurde exstirpirt und Pat. machte eine schnelle Heilung durch.

LEFFERTS.

84) **Georgiewski. Fall von erschwertem Docanulement. Die diagnostische und heilende Wirkung der Intubation bei demselben. (Slutschai satrudn. dekanulazii, diagnost. w letscheb. snatschenie pri nei intubazin.)** *Pract. Wratsch. 1905.*

Die Ursache der schwierigen Athmung lag im Fall von G. in Ansaugung von Tracheallappen in der Umgebung der Wunde. Die lange Intubationsröhre, construirt von G., erwies ihm gute Dienste. Sowohl der Intubator, wie die Canüle konnten entfernt werden.

P. HELLAT.

85) **H. R. Black. Fremdkörper in Kehlkopf, Trachea und Bronchien. (Foreign bodies in the larynx, trachea and bronchi.)** *Journal of the South Carolina Medical Association. 21. September 1905.*

Bericht über 8 Fälle; Entfernung der Fremdkörper auf dem gewöhnlichen Weg.

EMIL MAYER.

86) **John Dunn. Ein ungewöhnlich grosser Fremdkörper 5 Tage lang im Kehlkopf. Entfernung. (An unusually large foreign body in the larynx for 5 days. Removal.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 10. November 1905.*

Von dem Fremdkörper wird nur gesagt, dass es sich um einen ungewöhnlich grossen Knochen handelte. Maasse sind nicht angegeben. Der Fremdkörper theilte das Larynxinnere in zwei Hälften. Es bestand Heiserkeit und Schluckschmerz, aber keine Dyspnoe. Mit grosser Gewalt gelang es, den Knochen zu extrahiren.

EMIL MAYER.

87) **Zia-Noury. Seltener Fremdkörperfall des Kehlkopfs. (Cas rare de corps étranger du larynx.)** *Arch. intern. de laryngol. Mai-Juni. No. III. 1905*

Verf. beschreibt den Fall eines kleinen Mädchens, dem er zwecks Extraction von 3 Eierschalenstückchen von 4—5 mm Durchmesser die Laryngofissur machen musste. Die Radiographie hatte bei der Diagnose keine Dienste geleistet. Der Heilungsverlauf war ausgezeichnet.

E. J. MOURE.

88) **Salvatore Saitta. Casuistik von Blutegeln im Kehlkopf. (Casistica di sanguisuga in laringe.)** *Rassegna internazionale della medicina moderna. No. VI. 1.*

Verf. hat 18 Fälle zusammengestellt, in denen Blutegel, meist mit dem Trinkwasser, in den Larynx gerathen waren. Hervorgehoben wird, dass der Blutegel mehrere Tage lang im Kehlkopf sich befinden kann, ohne erhebliche Störungen hervorzurufen.

G. FINDER.

89) **Mendel. Trachealinjection: ihre Vereinfachung und Anwendung bei Lungentuberculose. (Tracheal injection; its simplification and its use in pulmonary tuberculosis.)** *Lancet. 15. Juli 1905.*

Die Injection nicht-irritirender Flüssigkeiten in die Trachea ruft keinen Husten oder sonstigen Reflex hervor. Verf. verwendet 5—10 proc. Eucalyptol-Lösung und 5—50 proc. Lösung von Gomenol in reinem Olivenöl. Ist die Zunge herausgezogen und Patient schluckt nicht, so ist der Eingang zum Oesophagus verschlossen, so dass jede Flüssigkeit, die hinter der Zunge in den Pharynx injicirt wird, durch

die Glottis gelangen muss. Verf. bedient sich der Spritze von Beehag. Nachdem die Zunge des Pat. herausgezogen ist, wird die Spritze gegen die Basis des linken Gaumenbogens gedrückt und ihre Oeffnung gegen die seitliche Rachenwand gerichtet. Die ausgespritzte Flüssigkeit gelangt an die hintere Rachenwand und fliesst in die Glottis.

ADOLPH BRONNER.

90) **De la Foulhouze. Die Trachealinjectionen mit Gomenolöl bei der Behandlung der Lungentuberculose. (Les injections trachéales d'huile gominolée dans le traitement do la tuberculose pulmonaire.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. empfiehlt das Verfahren von Mendel zur intratrachealen Injection. Von den verschiedenen zur Injection empfohlenen Substanzen giebt er bei der Lungentuberculose dem Gomenol den Vorzug, das durch Destillation aus den Blättern von Melaleuca viridiflora erhalten wird. Er gebraucht eine 10 proc. Lösung und injicirt Anfangs 1 ccm, steigt aber allmälig auf 9 ccm, die er in 3—4 Sitzungen pro die injicirt. Die Resultate sollen sehr zufriedenstellend sein.

A. CARTAZ.

91) **Marangos** (Manilla). **Neue Technik der intratrachealen Injection von der Nase aus. (Nouvelle technique d'injection intratrachéale par voie nasale.)** *Société de médecine de Lyon. 22. Mai 1905.*

Nach dem Verfahren M.'s soll die Flüssigkeit nicht, wie es bei der Injection per os geschieht, durch ihre Schwere nach unten befördert werden, sondern durch die bei jeder Inspiration sich vollziehende Aspiration nach der Trachea zu. Er bedient sich dazu einer kleinen Glasspritze mit entsprechend gebogener Canüle, die durch ein Nasenloch eingeführt wird, bis die Canüle am freien Rand des Gaumensegels erscheint. Die Vorzüge der Methode sollenin der Leichtigkeit der Technik bestehen, ferner darin, dass die Flüssigkeit sicher völlig in die Trachea gelangt, die Injection dem Kranken selbst anvertraut werden und dieselbe auch bei Kindern vorgenommen werden kann.

P. RAUGÉ.

92) **M. Paunz** (Budapest). **Laryngo-tracheoskopie und directe Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 1—2. 1905.*

4 Jahre altes Kind, seit 6 Monaten schwer athmend, wird in der Absicht, die Tracheoskopie auszuführen, narkotisirt, während der Narkose aber, bevor die Einführung des Rohres versucht werden konnte, tritt hochgradige Asphyxie auf, welche die sofortige Tracheotomie erheischt; künstliche Athmung, die Tracheoskopie wird jetzt versucht, gelingt aber nicht. Nach ungefähr 14 Tagen treten Fieber und Bronchopneumonie auf, nach weiteren 14 Tagen in Narkose abermalige Bronchoskopie, diesmal mit Erfolg. Es liess sich die Anwesenheit eines Fremdkörpers im rechten Bronchus feststellen, Extraction gelingt nicht, mittlerweile hustet der Patient einen 3 mm langen, 2 mm dicken, gelblich-grauen, gequollenen Kern aus. Das Decanulement, welches später mit Hilfe von Intubation versucht wurde, gelingt nicht, und Patient erlag nach 2 Monaten einem heftigen Bluthusten. Bei der Obduction wurde ein grosser, spondylitischer Halswirbelabscess, Decubitus in Folge von Intubation mit nachfolgender Verblutung aus der Arteria anonyma nachgewiesen.

V. NAVRATIL (POLYAK).

93) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der Bronchoskopie. (A bronchoskopia gyakorlati értéke esetek kapisán.)** (Demonstration in der Sitzung der k. Ges. der Aerzte zu Budapest am 21. October 1905.) *Orvosi Hetilap. No. 44. 1905.*

Fall I. Mädchen, 16 Monate alt, bekam, während sie Hühnerfleisch ass, einen Erstickungsanfall. Bei der Aufnahme in das Kinderspital Fieber, Husten, rechtsseitige Pneumonie. Wegen Verdacht auf Fremdkörper wird die untere Bronchoskopie ausgeführt und die Verstopfung des rechten Bronchus durch einen grauweissen Fremdkörper festgestellt. Die Eiterung aus dem Bronchus erschwerte sehr das Sehen, doch gelang es schliesslich, einen hirsekorngrossen Knochensplitter zu fassen und zu entfernen. Acht Tage später hustete das Kind noch mehrere kleine Knochenstücke aus, worauf schnelle Heilung erfolgte.

Fall II. 3 Jahre alter Knabe aspirirte einen Melonenkern. Tracheotomie. Nach 8 Tagen Decanulement. Nach weiteren 5 Tagen wird wegen Suffocation wieder tracheotomirt. 10 Tage später untere Bronchoskopie in tiefer Narkose und Entfernung des eingekeilten Kerns aus dem rechten Bronchus. Heilung.

Verf. meint, dass bei Fremdkörpern, welche anschwellen oder zu Zerfall neigen, die untere Bronchoskopie angezeigt ist.

Bei der Discussion erwähnt A. Winternitz, dass die Bronchoskopie auch bei anderen Leiden, welche klinisch Symptome von Aspiration eines Fremdkörpers vortäuschen, angewendet wurde, und zwar: 1. bei prävertebralen Abscessen in Folge von Spondylitis der oberen Brustwirbel, wo der Gibbus fehlte und die Luftröhrencompression in zwei Fällen mit Hülfe der unteren Bronchoskopie nachgewiesen wurde; 2. bei einem Falle von tuberculöser Vereiterung der tracheobronchialen Drüsen, wo der Durchbruch in die Luftröhre Suffocation verursachte. Winternitz demonstrirt einen 6 Jahre alten Knaben, welchen er wegen schwerer Athemnoth tracheotomirt hatte; die Athmung blieb aber trotz Canüle schwer. Durch das Bronchoskop fand er oberhalb der Mündung des rechten Bronchus in der Luftröhre die Durchbruchstelle, aus welcher sich käsige Substanzen entleerten. Der Fall endete mit Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

94) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Lunge. (Bronchoskopy for removal of foreign bodies in the lungs.)** *Illinois Medical Journal. November 1905.*

Bei einer bronchoskopischen Untersuchung wegen Fremdkörper fiel das elektrische Mignonlämpchen nebst dem daran haftenden Metalltheil in den Bronchus. Bei der zweiten Untersuchung nach zweistündiger Narkose wurde der Fremdkörper — eine Nadel — gefunden, die elektrische Lampe wurde jedoch nicht entdeckt und wurde wahrscheinlich ausgehustet. Völlige Heilung.

In einem zweiten Fall wurde ein Metallstück aus dem Bronchus eines 5jährigen Kindes entfernt. Die Operation wurde erheblich erleichtert durch den Introductor nebst Aspirationspumpe. Die Narkose dauerte $2^1/_2$ Stunden.

EMIL MAYER.

95) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung eines Kragenknopfes aus der Lunge. (Bronchoscopy for removal of collar button from the lung.)** *N. N. Medical News. 8. Juli 1905.*

Der Fremdkörper sass 14 Monate lang in den Luftwegen; die Untersuchung mit dem Fluorescenzschirm war negativ. Bei der unter Narkose vorgenommenen bronchoskopischen Untersuchung wurde eine grosse Menge Eiter hervorgebracht; in ihm fanden sich die Reste des Kragenknopfes. Pat. machte eine glatte Heilung durch.

LEFFERTS.

96) **A. Narath** (Utrecht). **Corpus alienum in broncho.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 22. 1905.*

Einem Patienten, der wegen posttyphöser Kehlkopfstenose 20 Jahre lang permanent die Tracheotomiecanüle getragen, bricht die Canüle; die Röhre fällt in die Trachea herunter. Nach 22 Tagen und manchen vergeblichen Extractionsversuchen stellt sich der Pat. bei N. ein. Nach unterer Tracheotomie konnte sich dieser mittelst des Oesophagoskops von der Anwesenheit des Fremdkörpers im rechten Bronchus, nahe der Bifurcation, überzeugen. Mittelst desselben Instrumentes gelang die Extraction ziemlich leicht.

H. BURGER.

97) **Thomas A. Claytor. Ein Fall von Fremdkörper in einem Bronchus. (A case of foreign body in a bronchus.)** *The Journal American Medical Association. 11. November 1905.*

Ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind aspirirte eine Eichel. Alle Symptome sprachen dafür, dass der Fremdkörper im rechten Hauptbronchus steckte. Eine 20 Tage später vorgenommene Bronchoskopie verlief resultatlos. Drei Wochen später zeigte die Untersuchung mit Röntgenstrahlen einen deutlichen Schatten rechts vom Sternum, der auf eine Verdichtung an dieser Stelle hinwies. Der Fremdkörper kam schliesslich bei Hustenstössen in kleinen Stücken wieder zu Tage, womit alle Erscheinungen sofort nachliessen.

EMIL MAYER.

98) **H. St. Germain. Fremdkörper im Bronchus. (Forein body in the bronchus.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juli 1905.*

Verf. giebt eine Beschreibung der Killian'schen Bronchoskopie. Er giebt persönlich dem Ingals'schen elektrischen Bronchoskop den Vorzug. Er beschreibt einen Fall von Fremdkörperextraction aus dem Bronchus eines Kindes mittels eines gewöhnlichen Endoskops.

LEFFERTS.

99) **E. Fletscher Ingals. Respiratorische Bewegungen des Bronchialrohres. (Respiratory movements of the bronchial tubes.)** *N. Y. Medical News. 1905.*

Das geschilderte Factum wurde vom Verf. zuerst bei der bronchoskopischen Untersuchung eines 2jähriges Kindes, später eines 13 Jahre alten Knaben beobachtet. Er beobachtete, dass bei der Inspiration der Durchmesser des Bronchus zwei- bis dreimal so weit war, als bei der Exspiration.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

100) **J. Nerking. Die Schilddrüse und ihre Einwirkung auf die Entwickelung des Embryos.** *Diss. med. Bonn 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

101) **W. G. Mac Callum. Die Beziehung der Parathyroiddrüsen zu Tetanie.** *Centralbl. f. allg. Pathol. XVI. 10. S. 385.*

Nach Verf. haben die Parathyroiddrüsen die Function, toxische Materien zu entgiften; das Auftreten von Tetanie beruht auf Unzulänglichkeit dieser Function, deshalb ist bei Tetanie Organtherapie angezeigt. J. KATZENSTEIN.

102) **Watson. Die Schilddrüse; Einfluss der Diät auf ihre Structur und Function. (The thyroid gland; the influence of the diet on its structure and fonction.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

W. beabsichtigt, zu zeigen, dass verschiedene Arten der Diät histologische Veränderungen an verschiedenen Organen verursachen und ihre functionelle Activität beeinträchtigen können; dies treffe besonders für die Schilddrüse zu. Es wurden zwei Serien von Versuchen angestellt: die einen an Vögeln, die anderen an Ratten. Verf. kam zu folgenden Ergebnissen: Excessive Fleischnahrung führt ausgesprochene structurelle Veränderungen in der Schilddrüse herbei, die mit einer Modification in der Thätigkeit der Drüse verbunden sein müssen. Verf. glaubt, dass die Zunahme der Fleischnahrung in England eine Veränderung im Charakter der Schilddrüsensecretion zur Folge habe. LEFFERTS.

103) **Notiz des Herausgebers. Die antagonistische Wirkung in den Absonderungen der Schild- und Nebenschilddrüsen. (The antagonistic action of the secretions of the thyreoid and parathyreoid glands.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1905.*

Es wird auf eine Veröffentlichung von Pouchet (Bulletin général de thérapeutique, September 1905) aufmerksam gemacht, in der auf eine antagonistische Wirkung zwischen dem Secret der Schilddrüse und Nebenschilddrüse hingewiesen wird. Die innere Secretion der letzteren soll nach den Untersuchungen von Charrin, Gley und Moussu in naher Beziehung stehen zu krampfartigen Erscheinungen, ähnlich wie Tetanus, während Secretion der Schilddrüse in Verbindung gebracht wird mit Störungen des Metabolismus, die hauptsächlich in einer Herabsetzung des nutritiven und respiratorischen Stoffwechsels bestehen, in intellectueller Depression, Stillstand des Knochenwachsthums und der geistigen Entwickelung. Es kann gesagt werden, dass die innere Secretion der Parathyreoiddrüsen antitoxisch, die der Schilddrüse excitonutritiv wirkt. Bisher ist noch kein Unterschied in der chemischen Constitution dieser Organe bekannt; doch geben vielleicht die erwähnten Thatsachen eine Erklärung für die Verschiedenheiten, die man bei der Behandlung beobachtet. LEFFERTS.

104) **Faris. Blutcysten der Schilddrüse. (Hemorrhage cysts of the thyroid.)** *N. Y. Medical News. 16. September 1905.*

Verf. berichtet zwei Fälle bei Hunden. In beiden Fällen wurden die Cysten

entfernt. Sie waren dickwandig und mit dunkelrothem gummiartigen Material gefüllt. Wahrscheinlich spielt bei der Aetiologie Trauma eine Rolle. LEFFERTS.

105) **Herbert C. Moffitt. Affectionen der Schilddrüse in Californien. (Affections of the thyroid in California.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juli 1905.*

M. glaubt, dass Schilddrüsenerkrankungen ebenso wie Aneurysmen und frühzeitige Arteriosklerose in San Francisco häufiger seien als in vielen anderen amerikanischen Städten. 5 pCt. der jungen Frauen, die im Jahre 1904 auf die californische Universität kamen, hatten vergrösserte Schilddrüsen. Seit Januar 1905 hat Verf. bei seinen Patienten 15,2 pCt. mit Kropf gefunden: alle waren in Californien geboren oder lebten dort seit Jahren. Myxödem fanden sich 53 Fälle aus San Francisco und 83 im Staate Californien. LEFFERTS.

106) **Louis Duncan. Ein endemischer Kropfherd auf den Philippinen. (An area of endemic goitre in the Philippine Islands.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Verf. beschreibt einen Kropfherd in Macabebe; er führt ihn auf das Fehlen von Trinkwasser, Erblichkeit und Inzucht zurück. Er taxire mindestens 2 pCt. der Bevölkerung als Kropfträger. LEFFERTS.

107) **W. Macaush** (Victoria, Australien). **Ein Fall von plötzlichem Kropf. (A sudden case of goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juli 1905.*

Verf. berichtet über einen grossen Kropf, der sich innerhalb weniger Minuten entwickelte. Patientin, eine junge Frau, hatte plötzlich ein Suffocationsgefühl und M., der sofort hinzukam, fand einen grossen Kropf. Die Venen über dem Tumor sprangen stark hervor. Es bestand kein Exophthalmos. Nach 14 Tagen konnte eine Verkleinerung des Tumors constatirt werden. A. J. BRADY.

g. Oesophagus.

108) **G. Haane. Ueber die Drüsen des Oesophagus und des Uebergangsgebietes zwischen Pharynx und Oesophagus.** *Arch. f. wiss. u. pract. Thierheilkunde. Bd. 31. H. 4/5. S. 466.*

Die Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus wird ventral von den zurückgebogenen Spitzen der Cartilagines corniculatae (Arytaenoideae) und wirbelwärts von der Vereinigung der beiden Arcus pharyngo-palatini gebildet, die als Wulst (Wiederkäuer und Fleischfresser) oder Falte (Pferd und Schwein) in die Erscheinung tritt. (Limen s. Torus pharyngo-oesophageus oder Plica pharyngo-oesophagea).

Der Ringwulst (Drüsenring) des Hundes und die Ringfalte der Katze liegen nicht am Oesophaguseingang als Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus; sie liegen vielmehr im Oesophagus und scheiden den Oesophagusvorraum oder Oesophagusvorhof vom eigentlichen Oesophagus ab.

Beim Rind hat man innen an der ventralen Oesophaguswand in der Regel eine dem Ringgebilde des Hundes entsprechende drüsenreiche, wulstartige Bildung,

so dass man bei diesem Thiere auch einen ventralen, drüsenhaltigen Oesophagusvorraum unterscheiden kann, der aber noch besser mit der Area pharyngo-oesophagea der Einhufer zu vergleichen ist.

Diese drüsenhaltige Area pharyngo-oesophagea findet sich auch bei Schaf und Ziege, ist aber bei diesen Thieren klein und mit blossem Auge kaum nachweisbar.

Beim Pferd schiebt sich caudal von den Aryknorpeln ein drüsenhaltiges Querfeld als Uebergangsgebiet zwischen Pharynx und Oesophagus, die Area pharyngo-oesophagea ventralis ein, welche sich, im Gegensatz zu den anderen Hausthieren, kranial weiter fortsetzt.

Die Schleimhaut des Pharynx enthält Schleimdrüsen. Die Uebergangszonen bezw. die Schleimhaut des Oesophagusvorraumes sind ebenso wie die Arcus palato-pharyngei und der Torus bezw. die Plica pharyngo-oesophagea drüsenhaltig; die Drüsen häufen sich am Oesophaguseingange besonders an.

Die Oesophagusschleimhaut enthält beim Hund Drüsen in zusammenhängender Lage vom Anfang bis zu Ende.

Beim Schwein kommt ein zusammenhängendes Drüsenlager bis zur Mitte der Länge des Oesophagus vor.

Beim Pferd, bei den Wiederkäuern und bei der Katze ist der eigentliche Oesophagus (abgesehen von den Drüsenfeldern am Oesophagusanfang, den Oesophagusvorräumen) drüsenfrei.

Die Oesophagusdrüsen sind bei allen unseren Hausthieren tubulöse oder alveolo-tubulöse Schleimdrüsen, die wesentlich submucös liegen und von den Cardialdrüsen des Magens verschieden sind. Beim Hund erstrecken sich einige Oesophagusdrüsen an der Cardia in die Submucosa der Magenschleimhaut, heben sich aber von den Magendrüsen scharf ab.

J. KATZENSTEIN.

109) **Hartmann** (Kassel). **Ueber einige ösophagoskopische Fälle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 71. 1904.*

Bericht über 4 Fälle, in 3 handelte es sich um ein Carcinom, in einem anderen Falle, bei einem 75 jährigen Manne, um einen Tumor, der anfangs glatt war, später an seiner Oberfläche unregelmässig geringelt aussah. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab nichts von einer malignen Neubildung.

O. SEIFERT.

110) **Félizet** (Paris). **Fremdkörper des Oesophagus mittelst Kirmisson'schen Hakens extrahirt. (Corps étranger de l'oesophage extrait avec le crochet de Kirmisson.)** *Société de chirurgie. 7. Juni 1905.*

Ein Kind hatte zwei Sousstücke verschluckt. Beide Fremdkörper wurden gleichzeitig mit dem Haken zu Tage gebracht. Das Kind selbst besorgte die Extraction, indem es das Instrument am Griffe fasste und herausriss.

PAUL RAUGÉ.

111) **D'Oelnitz.** **Fremdkörper der Speiseröhre mittelst des Hakens extrahirt. (Corps étranger de l'oesophage extrait à l'aide du crochet.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 22. Februar 1905.*

Es handelte sich um ein durch ein Kind verschlucktes 50-Centimesstück.

Mittelst des Radioskops sah man den Fremdkörper hinter dem Manubrium sterni. Verf. gelang es, nachdem mit verschiedenen anderen Instrumenten vergebliche Versuche gemacht waren, mittelst des Kirmisson'schen Hakens den Fremdkörper zu extrahiren, nachdem er 11 Tage in der Speiseröhre gesteckt hatte. Die Heilung verlief völlig glatt.

A. CARTAZ.

112) **H. Littlewood. Eine Reihe von Fällen von Einkeilung künstlicher Gebisse in den Oesophagus. (A series of cases of teeth plate impacted in the oesophagus.)** *Lancet. 12. August 1905.*

In 3 Fällen wurden die Gebisse während des Schlafes verschluckt und mittelst des Münzenfängers extrahirt. In einem Fall wurden erfolglose Versuche zur Extraction gemacht, und 7 Wochen danach wurde mit Erfolg die laterale Oesophagotomie gemacht. Man fand eine grosse Höhle, die mit dem linken Bronchus communicirte.

A. BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran im September 1905.

(Section für Rhino- und Laryngologie.)

Als Einführende fungirten: Fischer (Meran) und Juffinger (Innsbruck). Schriftführer Rischawy und Wassermann (Meran).

Als erster sprach Victor Lange (Kopenhagen) über den Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und Enuresis der Kinder.

Er sprach sich entschieden gegen die in den letzten Jahren behauptete Hypothese von dem Zusammenhang der beiden Erscheinungen aus. Vorerst deshalb, weil er blos 8 Mal unter 39 Fällen der Enuresis adenoide Vegetationen zu constatiren vermochte, noch mehr aber deswegen, weil die in allen diesen Fällen vollzogene Operation blos in einem Falle einen ziemlich zweifelhaften Erfolg in Bezug auf die Enuresis hatte. Lange behauptet, die Enuresis wäre blos eine nervöse Erkrankung, da wirklich alle beobachteten Kinder nervös waren.

Bestätigt fand er diese Anschauung durch den Erfolg einer darauf basirenden Kur mit Arsen und Eisen; in einem Falle, mit gleichzeitig hypertrophischem Kartarrh, gab er ausser Arsen und Eisen zugleich Jod. Alle Fälle wurden theils geheilt, theils gebessert. Lange erinnert daran, dass der sogenannte adenoide Habitus ohne Vegetationen (vergl. Berl. Klin. Wochenschr. 1897, No. 1) viel Aehnlichkeit mit dem Habitus der meisten kleinen Patienten hat. Nach Lange's Meinung ist dabei immer die Nervosität die Hauptsache, und es handelt sich in der That um eine universelle Krankheit, und es wäre falsch, wegen eines irreleitenden Symptoms die Krankheit als Localerkrankung aufzufassen.

Diese Anschauungen stiessen bei einer Anzahl der Anwesenden auf lebhaften Widerstand.

Gradenigo (Turin) führt gegen ihn Fälle an, bei denen gleich nach der Operation die Enuresis verschwand; da müsse er doch an einen Zusammenhang zwischen Enuresis und adenoiden Vegetationen denken. „Beweisend aber sind noch eher jene Fälle, wo die Enuresis nach der Entfernung der adenoiden Vegetationen verschwand, aber später sich sofort wieder einstellte, sobald die nasale Respiration durch einen intermitirenden Schnupfen verhindert wurde.“ Für den Zusammenhang spräche auch die Häufigkeit der Enuresis bei Kindern mit adenoiden Vegetationen, die bei der genau aufgenommenen Anamnese zu Tage tritt. Da die Enuresis mit Rhinitis catarrhalis hypertrophica im Zusammenhang steht, müsse man bei Operationen auch an diese Möglichkeiten denken.

Heymann steht auf einem mittleren Standpunkt. Mit aller Entschiedenheit spricht er sich aber dafür aus, in allen Fällen der Enuresis nach adenoiden Vegetationen zu fahnden, und bei Constatirung derselben gründlich zu operiren; denn wenn auch die Enuresis nocturna nicht eine directe Folge der adenoiden Vegetationen ist, so ist sie doch verursacht durch neuropathische Zustände, welche mit den adenoiden Vegetationen im Causalnexus stehen. Der Redner corrigirt nur noch, dass ein Zusammenhang der Enuresis mit adenoiden Vegetationen schon vor 1890 (Schäffer) angenommen wurde.

Ebenfalls für die Operation plädirt L. Réthi (Wien): Die adenoiden Vegetationen müssten schon deswegen entfernt werden, weil nach seinen Untersuchungen in 6 pCt. der Fälle darin latente Tuberculose zu constatiren war. Auch Réthi glaubt keinesfalls an einen directen Zusammenhang zwischen Enuresis und Vegetationen, sondern blos an eine indirecte Vermittlung durch das Nervensystem analog dem Asthma bei kranker Nase. Das erkläre auch, warum bei Rhinitis hypertrophica auftretende Enuresis auf Arsen verschwand; solche Fälle beobachtete auch Réthi. Es ist ja gleich, ob man bei einer solchen Reflex-Neurose den Hebel bei der anatomischen Veränderung ansetzt, die als veranlassendes Moment anzusehen ist, oder bei der ursächlichen neuropathischen Veranlagung.

Auf die Seite Lange's stellte sich M. Gutzmann (Berlin). Nur in einem geringen Procentsatz der Fälle verschwand die Enuresis nach der Adenotomie. Uebrigens bewiesen klinische Beobachtungen, dass die Enuresis viel häufiger sei, als man gewöhnlich annimmt. Da die meisten derartigen Kinder neuropathisch veranlagt sind, räth Gutzmann, bei solchen blos in der Narkose zu operiren.

Th. S. Flatau (Berlin) ist ein unbedingter Anhänger der Adenotomie, da der Erfolg in einer Reihe von Fällen unbedingt da sei. Was der Grund wäre, wisse man ja nicht. Er für seine Person glaube nicht an eine mechanische Einwirkung auf die interarachnoideale Lymphstauung, sondern halte mit Henoch das Verschwinden der Enuresis blos für psychisch.

Barani (Wien) bemerkt, dass Enuresis nocturna häufig einen nächtlichen epileptischen Anfall larvirt. Solche werden aber häufig durch operative Eingriffe, besonders am Kopfe, zum Schwinden gebracht.

Imhofer (Prag) stellte sich auf Seite Lange's. Er hält eine strictere Indicationsstellung für Operationen der adenoiden Vegetationen für nothwendig. Während er von der Arsen-Eisentherapie gute Resultate gesehen hat, schwand,

trotz exact ausgeführter Adenotomie, das Offenstehen des Mundes oder ein anderes Symptom gar nicht.

Pick (Meran) erinnert sich an einen Fall, wobei erst längere Zeit nach Entfernung der adenoiden Vegetationen Enuresis nocturna eingetreten ist.

H. Frey (Wien) hält es für angezeigt, adenoide Vegetationen, wo solche vorhanden sind, stets zu entfernen, auch wenn keine auffallenden Symptome bestehen. Das Bestehen der adenoiden Vegetationen bedeutet für den Träger eine Neigung zu den verschiedensten Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes, besonders zur Tuberculose. Schon aus blosser Prophylaxe müsste man die Vegetationen stets entfernen. Das auch nervöse Symptome sehr oft schwinden, sei sicher. In einem Falle von Frey verschwanden nach Entfernung adenoider Vegetationen Sehstörungen hysterischer Art. (Fortsetzung und Schluss folgen.)

Wassermann (Meran), Schriftführer der Section.

---

b) Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Sitzung vom 11. November 1904.

Vorsitzender: Courtade.

Cauzard: Demonstration von Instrumenten.

1. Zungenspatel verschiedener Formen. 2. Metallspritze für intranasale Oelinjectionen.

Cauzard: Schulhygiene und Oto-Rhinologie.

Verf. protestirt gegen den vom Congress zu Bordeaux 1904 angenommenen Vorschlag Guye's einer Schulenquête über adenoide Vegetationen, die vom Lehrer unternommen werden soll. Eine solche Enquête sei unwissenschaftlich und verführe die Lehrer zum Betreiben einer illoyalen Medicin. Er bedauere, dass gerade Otologen die Behörden veranlasst haben, diesen Weg einzuschlagen. C. fordert, dass die Frage noch einmal zur Discussion komme, dass man die Beschlüsse des Congresses von Bordeaux abändere und eine rationelle Enquête erhebe, die der „Ligue des médecins et des familles“ anheimgegeben werden solle.

Delsaux unterstützt Cauzard's Vorschlag. Er hat sich bereits in Bordeaux von Guye getrennt. Der Lehrer habe nur die Rolle des Beobachters zu spielen, der auf physische Mängel, die ihm bei den Schülern auffielen, aufmerksam zu machen habe.

Castex behauptet, die Diagnose der adenoiden Vegetationen müsse von einem Otologen gestellt werden.

Saint-Hilaire: Beitrag zur Pathologie der Taubstummheit.

Sitzung vom 9. December 1904.

Furet: Tuberculome der Nasenscheidewand und ein syphilitisches Gummi am Warzenfortsatz.

Beides fand sich bei ein und derselben Patientin. Die Diagnose der Tuberculome, die übrigens bei jeder neuen Schwangerschaft recidivirten, wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

Lubet-Barbon: Epitheliom des rechten Aryknorpels.

Vorstellung eines Patienten mit einer gestielten Tumormasse am rechten Aryknorpel.

Lubet-Barbon: Psoriasis linguae.

Der Fall ist erfolgreich mit Calomelinjectionen behandelt worden.

Vaillard: Neubildung im Kehlkopf.

Vorstellung eines Patienten, den V. mittels Radiotherapie behandeln will.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Vorsitzender: Gellé.

Monnier: Ueber eine neue Behandlungsweise der Kehlkopftuberculose.

Verf. macht Pinselungen mit einem Glycerinextract von Leberthran. Unter dem Einfluss dieses Mittels erleidet das gesunde Gewebe keinerlei Veränderung; das tuberculös erkrankte Gewebe wird grau und erleidet allmälig eine Umwandlung. Der Schmerz lässt nach, das Oedem nimmt ab. Die bisher bei 12 Patienten erzielten Resultate sind sehr zufriedenstellend.

Broeckaert: Anatomo-pathologische Untersuchung eines Falles von frischer Lähmung des N. recurrens.

Neue Betrachtungen über die Entstehung der Veränderungen in den Muskeln, speciell der M. crico-arytaenoidei postici.

Courtade: Ueber die Untersuchung des Nasenrachens mittels der Abtastung.

C. hat eine Reihe von Metallsonden construiren lassen. Er behauptet, dass man damit ebenso gut wie mit dem Finger den Nasenrachen auf adenoide Vegetationen etc. abtasten kann.

Sitzung vom 24. Januar 1905.

Mahu: Fall von Stirnhöhlenempyem.

Es handelt sich um ein nach Kuhnt vor 4 Jahren operirtes doppelseitiges Empyem.

Derselbe: Neue Spritze zur Injection von festem Paraffin.

Suarez de Mendoza: Syphilitischer Kehlkopftumor vom Aussehen einer malignen Neubildung.

Castex: Krankenvorstelung:

1. Larynxtuberculose mittels Milchsäure geheilt.
2. Recidivirendes Angiom des weichens Gaumens.
3. Tuberculose der Nase.
4. Tuberculose des Gaumensegels.

A. Cartaz.

c) Jahresversammlung der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

8.—11. Mai 1905.

Mermod (Lausanne): Fall von Tod in Folge Leptomeningitis vier Tage nach der Operation mittelst der Killian'schen Methode.

Bei der Section fand man den Boden der vorderen Schädelgrube intact, das Operationsfeld aseptisch; die mikroskopische Untersuchung liess keine Eintrittsstellen für die Infection erkennen. Trotzdem zaudert Verf. nicht, einen causalen Zusammenhang zwischen Operation und Meningitis anzunehmen. Der Fall beweist, dass die Killian'sche Methode keinen absoluten Schutz gegen cerebrale Complicationen bietet. M. hat bei 165 nach Luc operirten Fällen stets günstige Resultate erzielt; der einzige, bei dem er einen unglücklichen Ausgang zu beklagen hatte, war der nach Killian operirte.

Lavrand (Lille). Lähmung des linken Stimmbands und der linken Hälfte des Gaumensegels.

Die Lähmung entstand vor 3 Monaten während der Nacht. Pat., ein 21 jähr. Mann, hat tuberculöse Infiltration der linken Lungenspitze. Die Gaumensegellähmung heilte nach $1^1/_2$ Jahren, die des Stimmbandes besteht noch. Es handelte sich um eine periphere Lähmung des linken Recurrens und eine temporäre Neuritis des Vago-spinalis in Folge der tuberculösen Spitzenaffection. Es geht aus dem Fall hervor, dass der Facialis nicht an der Innervation des Gaumensegels betheiligt ist.

Vacher (Orleans): Ein einfaches Verfahren zur Abtragung der Epiglottis.

Das Instrument, dessen sich V. bedient, ist eine heisse Schlinge. Er macht die Amputation der Epiglottis, wenn diese in Folge tuberculöser Erkrankung ein ständiges Schluckhinderniss darstellt und die Ernährung des Kranken unmöglich macht.

Bonain (Brest): Narbenstenose des Vestibulum laryngis nach Lupus.

Ein Narbendiaphragma, das in seiner Mitte von einem kleinen Loch durchbohrt war, verschloss den Larynxeingang; es spannte sich von der Basis der Epiglottis zu den Aryknorpeln und den aryepiglottischen Falten. Die Diagnose Lupus wurde bestätigt durch den Befund einer lupösen Stelle am Gesäss. Behandlung: Dilatation des Diaphragma durch Einführung O'Dwyer'scher Tuben und Abtragung eines Theils der aryepiglottischen Falten. Das Resultat war zufriedenstellend.

Molinié (Marseille): Behandlung der Tonsillitis.

Das Verfahren M.'s besteht darin, die Tonsille kräftig zu comprimiren. Es entleeren sich dabei aus der Tonsille grosse Mengen eitriger Massen von käsigem Aussehen und fötidem Geruch; eine geringe Menge Blut kommt bei dieser Procedur aus der entzündeten Mandel heraus. Darauf pinselt man die Tonsille mit 1 proc.

Carbolglycerin. Verf. hat sich dieses Verfahrens in 5 Fällen mit grossem Erfolg bedient.

Bar (Nizza): Angiom des Gaumensegels.

Das Angiom sass im Niveau der Uvula. B. schildert die in Betracht kommenden Methoden, die man anwenden könnte; er hat sich der Galvanopunctur bedient.

Mignon: Drainage des Antrumempyems von der Nase aus.

Das Verfahren besteht darin, dass in die nasale Wand der Oberkieferhöhle ein besonders gestaltetes Drain eingeführt wird, mittelst dessen die Höhle ausgespült wird. Das Drain passt auf einen Krause'schen Troicart, mit dem es eingeführt wird; zur Ausspülung wird dann eine Canüle daran befestigt. M. bespricht die Indicationen und Resultate der Methode.

Collat (Lyon): Santonin bei der Behandlung von tabischen Larynxkrisen.

In einem Fall von heftigen und häufigen, seit mehreren Jahren anhaltenden Larynxkrisen, die allen Behandlungsarten widerstanden hatten, verschwanden die Anfälle im Laufe von 3 Tagen unter dem Einfluss einer täglichen Gabe von 0,45 g Santonin in 3 Dosen. Die Behandlung wurde 2 Monate lang fortgesetzt. Nach 8 Monaten kehrten die Larynxkrisen wieder; Santonin hatte wieder den Effect, sie zum Verschwinden zu bringen.

Champeau (Lorient): Gummi der Zungenmandel.

Specifische Behandlung führte völlige Heilung herbei.

Gellé: Bericht über die Adenopathien bei den Erkrankungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachens.

Der erste Theil der Mittheilung ist der Anatomie des Lymphnetzes nach den neuesten Forschungsergebnissen gewidmet, der zweite (klinische) Theil zeigt, wie und wann die Drüsen auf acute oder chronische Infectionen der Nasenhöhlen und des Cavum reagiren.

Die Lymphgefässe der Nasenhöhlen haben zwei abführende Wege: einen vorderen, der anatomisch von geringer Bedeutung ist, aber klinisch sehr wichtig ist. Dieser führt zu 3 Gruppen von regionären Drüsen: der Ohrspeicheldrüsen-Gruppe, der submaxillaren und subhyoidalen Gruppe. Von da kann der Lymphstrom zu den tiefen Halsganglien gelangen.

Der zweite (hintere) Lymphweg ist anatomisch der hauptsächliche. Die ihn zusammensetzenden Lymphgefässe enden: die oberen in das Ganglion pharyngeale retro-laterale, die mittleren in das grosse Ganglion subdigastricum der tiefen cervicalen Drüsenkette, endlich die unteren in die Ganglienkette an der Iugularis interna.

Das Lymphnetz des Nasenrachens gelangt in 2—3 Lymphstämmen zu den retro-pharyngealen Drüsen.

Die Lymphgefässe der Sinus gelangen zu den pharyngealen und carotidalen Drüsen.

Redner schliesst diesen Theil seiner Mittheilung mit einer Auseinandersetzung über die Communicationen zwischen den subarachnoidalen Räumen des Gehirns mit den Lymphgefässen der Schneider'schen Membran. Die Kenntniss dieser Communicationen erklärt zum Theil das Vorkommen von Meningitiden etc. nach Galvanokaustiken, besonders an der mittleren Muschel und im oberen Theil der Nase, ebenso wie Meningitiden bei ganz kleinen Kindern im Anschluss an nasale Infectionen und schliesslich auch bei diesen die leichte Verschleppung des Koch'schen Bacillus in die Meningen. Es giebt das eine Erklärung für das häufige Vorkommen von tuberculöser Meningitis bei Kindern, in deren Familie Fälle von manifester Lungentuberculose vorhanden sind.

In dem klinischen Theil versucht Redner eine Pathogenese der Adenopathien zu geben. Der Chirurg darf sich nicht damit begnügen, von submaxillaren und cervicalen Lymphdrüsen zu sprechen. Mit Hilfe der Rhinoscopia posterior und besonders der Palpation des Nasenrachenraumes muss er den Zustand der retro- und lateropharyngealen Drüsen, die jedenfalls viel häufiger afficirt sind, als man glaubt, untersuchen.

Escat (Toulouse): Ein Fall von Phlegmone der Zungenbasis.

Bei einem 35jährigen Patienten gelang es E., den Eiterherd durch Punction mittelst eines Krause'schen Troicarts zu eröffnen; der Abscess sass auf der seitlichen hinteren Parthie der Zunge. Der beste Orientirungspunct für die Punction ist der letzte untere Molaris; gerade diesem gegenüber und über ihm ist die geeignete Stelle zur Punction.

Texier und Malherbe (Nantes): Syphilis der Mund- und Rachenhöhle; multiple und successive Schanker.

Es handelte sich um einen 17jährigen Mann, der seit dem 16. December, wo er sich zum ersten Mal vorstellte, zwei Schanker der Tonsillen hatte; das Aussehen der Ulcerationen erinnerte sehr an das bei Angina Vincenti; die bacteriologische Untersuchung des Exsudats ergab das Vorhandensein zahlreicher fusiformer Bacillen. 4 Tage später zeigte sich auf der bis dahin gesunden Oberlippe ein Geschwür, das durchaus den Eindruck eines syphilitischen machte. Das Erscheinen von secundären Symptomen bestätigte die Diagnose der Syphilis.

Das Interesse der Beobachtung besteht in der Multiplicität der Schanker und ihrem successiven Auftreten, sowie in dem Auftreten eines Gumma 4 Monate später, was für eine besondere Malignität der Erkrankung spricht.

Chavasse (Paris): Morcellement der Mandeln und Operation der adenoiden Vegetationen beim Erwachsenen. Das Morcellement, das bei 268 Erwachsenen gemacht wurde, und Abtragung von 552 Tonsillen mit dem Ruault'schen Instrument, haben ausgezeichnete Resultate gegeben; in keinem Fall trat eine Blutung auf. Complicationen waren folgende vorhanden: 2 Adenopathieen, 9 acute Anginen, 3 peritonsilläre Abscesse, 1 acuter Gelenkrheumatismus.

Die Operation der adenoiden Vegetationen mit dem Schmidt'schen Messer wurde bei 310 Erwachsenen gemacht, unter denen bei 196 Ohrenaffectionen, bei 111 Nasenverstopfungen und 1 hysterische Taubheit bestanden.

Therapeutische Resultate: 93 Heilungen oder Besserungen von Otitiden, 1 Heilung einer rebellischen Dyspepsie. Die postoperativen Complicationen bestanden in a) 4 Fällen retardirter oder secundärer Blutung; einer dieser Fälle wurde noch complicirt durch eine intercurrente Scarlatina, die tödtlich verlief. b) 11 Fälle von fieberhafter Pharyngitis, 16 Fälle von Tonsillitis, 4 Fälle von Otitis oder Otorrhoe, 1 Fall von Gelenkrheumatismus. c) Eine Hämorrhagie durch eine alte Trommelfellperforation.

Von 26 Patienten mit adenoiden Vegetationen, die unter sehr ausgesprochener Nasenverstopfung litten, fand sich in 5 Fällen eine Herzhypertrophie, in 3 Fällen Dilatation oder Hypertrophie des rechten Herzens. Es besteht also eine deutliche Beziehung zwischen Herzhypertrophieen beim Erwachsenen und Nasenverstopfung.

Lombard: Ueber die Indicationen zur Operation bei einigen klinischen und anatomischen Formen von Stirnhöhlenempyem.

Klinisch rechtfertigt sich eine Operation des Stirnhöhlenempyems unter drei Umständen: 1. Acutes, schweres Empyem mit Retention; 2. chronisches Empyem und zwar a) complicirt mit Erscheinungen seitens des Gehirns oder der Augen; b) nach aussen durchgebrochen, zur Fistelbildung führend; c) nicht nach aussen sich manifestirend, latent oder exacerbirend.

1. Bei der schweren acuten Form ist die Ogston-Luc'sche Operation angezeigt.

2. Bei der chronischen sub a) bezeichneten Form mit Complicationen seitens des Auges und der Orbita können die einen ohne Resection der knöchernen Sinuswand verschwinden, andere lassen eine Fistel zurück.

Bei b) den Fällen, wo es bereits zur Fistelbildung gekommen ist, müssen die Knochenherde, die die Fistel unterhalten, entfernt werden. Bei der Form c) kommt die Kuhnt'sche oder Killian'sche Operation in Betracht.

Saint-Clair Thomson (London): Stirnhöhlenempyem; zwei Todesfälle post operationem.

Der Tod erfolgte in beiden Fällen nach der Ogston-Luc'schen Operation.

Cester (Paris): Operation eines Stirnhöhlenempyems mit seltenen Complicationen.

C. berichtet über 2 Todesfälle an Meningitis in Folge Operation von Stirnhöhlenempyem; der Tod erfolgte erst mehrere Wochen nach dem chirurgischen Eingriff, als bereits eine erhebliche Besserung auf eine völlige Heilung hoffen liess. Die Meningitis wird durch Dissemination infectiöser Keime in Folge der Eröffnung der Blut- und Lymphwege erklärt

Luc: Der Zugangsweg zum Sinus cavernosus.

Aus anatomischen Untersuchungen des Verf. ergiebt sich, dass es am leichtesten gelingt den Sinus cavernosus zu eröffnen, wenn man durch die Oberkieferhöhle und die Nasenhöhle der entgegengesetzten Seite vorgeht. Unter diesen Umständen kann der Meissel senkrecht zur lateralen Wand der Keilbeinhöhle angesetzt werden, nach aussen, an der sich der Sinus cavernosus befindet. Man ver-

meidet so mit Sicherheit die zahlreichen, in der äusseren Wand des Sinus enthaltenen Nervenstämme, ebenso wie die Carotis. Im Fall die Phlebitis bereits die Vena ophthalmica ergriffen hat, räth L. zu einer Nebenoperation, die im Anschluss an eine Methode Kroenleins darin besteht, die äussere Orbitalwand nach vorausgegangener osteo-plastischer Resection des Backenknochens zu reseciren.

Moure (Bordeaux): Behandlung maligner Tumoren der hinteren Abschnitte der Nasenhöhlen und der Fungositäten in der Keilbeinhöhle.

Das Verfahren besteht darin, dass zunächst ein Schnitt vom inneren Augenwinkel bis zur Nasenwurzel und ein zweiter senkrecht zu ihm längs des Orbitalrandes angelegt wird, dann wird der Oberkieferknochen freigelegt und der Stirnfortsatz resecirt. M. schildert dann im Detail den Verlauf der Operation.

Ruault: Intratracheale Injectionen bei Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Folgendes Recept hat sich R. am wirksamsten erwiesen;

Acid. cinnamom. 1,0 werden in der Wärme in 50 g Ol. olivar. aufgelöst, die mit Alkohol ausgewaschen und sterilisirt sind; darauf wird sofort 5 g Myrrhenessenz zugefügt und Ol. olivar. sterilisirt, hinzugesetzt q. s. ad 100 ccm. Dann umschütteln und kalt werden lassen.

Von dieser Lösung werden täglich oder alle zwei Tage 10 ccm mittels einer Spritze mit langer Canüle injicirt. Diese Injection beruhigt den Husten, erleichtert die Respiration und giebt dem Pat. ein ständiges Gefühl von Wohlbefinden.

Ponthière (Charleroi): Chondritis und Perichondritis crico-thyreo-arytaenoidea als Complication von Typhus; schwere Stenose; Tracheotomie; Heilung.

Pat. wurde geheilt; es blieb eine gewisse Rauhigkeit der Sprache zurück in Folge einer partiellen Anchylose des rechten Aryknorpelgelenks.

Tretrop (Avers): Sechs Fälle von abgekapseltem Abscess des Lobulus nasi:

Die Symptome bestehen in Röthung, Schwellung, Schmerz und mässigem Fieber. Es dauert gewöhnlich 8 Tage, bis sich der Abscess entwickelt. Im Eiter finden sich Staphylokokken. In allen Fällen erfolgte Heilung nachdem der Abscess im vorderen Winkel des Vestibulum incidirt wurde.

Claoué (Bordeaux): Beitrag zur Behandlung der Septumdeviationen durch submucöse Resectionen.

Zur Anästhesie bevorzugt C. die Injection einer Mischung von Cocain und Adrenalin. Die Incision wird auf der convexen Seite gemacht; sie verläuft vertical und ihre Enden sind nach hinten gebogen. Nach Ablösung von Schleimhaut und Perichondrium resecirt er den Knorpel mit einem Septotom. Naht ist unnöthig.

Collet: Eine unvorhergesehene Complication der Galvanokaustik im Pharynx.

Es handelt sich um einen alten Mann, der jetzt, nachdem er zwei hemiplegische Anfälle gehabt hat, eine glosso-labiale Lähmung centralen Ursprungs zeigt. Der erste Anfall trat am Abend eines Tages auf, an dem eine Galvanokaustik im Rachen gemacht worden war: der zweite Anfall erfolgte sechs Monate später am Morgen, nachdem eine gleiche Cauterisation gemacht war. Ein Jahr darauf trat bei dem Pat. Hemianopsie auf. Wahrscheinlich handelt es sich um Thrombose einer Hirnarterie, deren Ursache die Galvanokaustik gewesen ist.

Labarrière: Sarkom des Larynx. Totalexstirpation des Larynx.

Die Folgen der Operation sind ausgezeichnet. Nach Verlauf von 3 Wochen konnte die Oesophagussonde weggelassen werden und Pat. ass auch feste Speisen anstandslos. Er spricht mit vernehmlicher Flüsterstimme.

Ponthière: Fremdkörper der Nasenhöhlen: 1. Caoutchoucröhre nach 26 Jahren extrahirt. 2. Caoutchoucröhre nach 7 Jahren extrahirt.

Massier: Zwei Fälle von syphilitischen Kehlkopftumoren, die eine Neubildung vortäuschen.

Bei beiden Patienten bestand Dyspnoe und Heiserkeit. Im ersten Fall war das Taschenband Sitz eines grossen Tumors; im zweiten Fall sass die grosse Geschwulst an einem Stiel am linken Aryknorpel auf und verlegte den Larynx völlig. In diesem Fall verschwand der Tumor unter spezifischer Behandlung in einem Monat.

Trivas (Nevers).

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1905.

Bruck stellt eine Patientin vor, bei der jedesmal, wenn sie Jodkali nimmt, eine einseitige Parotitis auftritt, die mit Aussetzen des Medikaments wieder schwindet.

Finder stellt einen 30jährigen Mann mit einer hysterischen Sprachstörung vor. Auf die einfachsten Fragen, auch wenn er sie nur mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten hat, kann er 10—20 Sekunden lang die Antwort nicht aussprechen, bis sie dann plötzlich, gleichsam explosiv, ohne jede sprachliche Schwierigkeit, ohne Stottern u. s. w. erfolgt. Während dieser Pause nimmt der Blick des Pat. einen starren Ausdruck an und die Nasalflügelmuskeln arbeiten lebhaft. In derselben Weise antwortet er auf die Aufforderung, vorgehaltene Gegenstände zu benennen oder Worte auszusprechen. Bisweilen sagt er auch nach längerem Zuwarten: „Es geht nicht.“ Lesen kann er ohne Stocken, nur am Anfang der Sätze zögert er etwas. Nach Dictat schreibt er anstandslos und richtig, schreibt auch auf Aufforderung seinen Namen u. s. w. sofort nieder. Diese Sprachstörung trat ganz plötzlich ein und bestand vor Jahren schon einmal einige Monate lang und schwand allmählich.

Grabower zeigt das Präparat eines grauweissen Stimmbandtumors; das Stimmband selbst war bis auf eine geringe Rötung der Umgebung nicht verändert; der Larynx zeigte keine Zeichen von Tuberculose. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Tuberculom (Tuberkel mit Riesenzellen und Bacillen).

An der einen Lungenspitze zeigten sich geringe Veränderungen. 3 Wochen später bildete sich an der Hinterwand des Kehlkopfes ein kleines Infiltrat.

E. Meyer: Rhinolaryngologische Beobachtungen gelegentlich der Genickstarreepidemie in Oberschlesien.

Auf Grund der klinischen und bacteriellen Befunde kommt M. zu dem Resultat, dass die Nase als Infectionspforte nicht in Betracht kommt.

Unter 32 frischen Fällen von Genickstarre waren 6 nicht untersuchbar, bei 5 war der Nasenrachen frei, bei 21 fanden sich ausgesprochene entzündliche Veränderungen im Nasenrachen, 11 mal in Form einer diffusen, 1 mal als fleckförmige Röthung, 7 mal als Röthung des Rachendachs, besonders der Rachentonsille, 2 mal als Blutungen aus der Schleimhaut. Drei Sectionen bei frischen Fällen bestätigten diese Befunde.

In einem Falle konnten entzündliche Erscheinungen im Nasenrachen vor dem Eintritt der meningitischen Symptome nachgewiesen werden. Die Möglichkeit der Infection von der Rachenmandel aus wird hierdurch grösser, die Möglichkeit aber, dass die Keime durch Blut oder Lymphe dorthin geschleppt werden und sich von dort weiter verbreiten, ist natürlich auch vorhanden.

Da die Nasennebenhöhlen, besonders die Keilbeinhöhlen fast immer frei gefunden wurden, letztere bei den sehr zahlreich erkrankten kleinen Kindern noch gar nicht vorhanden ist, so nimmt M. die Blut- oder Lymphbahnen für das Fortwandern der Infection auf die Meningen in Anspruch.

Erkrankungen des Mundrachens wurden zwar auch festgestellt, aber meistens in einer Form, welche dieselben mehr als Begleiterscheinungen der gleichzeitigen Nasenrachenerkrankungen erscheinen liessen.

Die Frage, ob die „individuelle Disposition“ für die Cerebralmeningitis mit der Beschaffenheit der Rachentonsille in Verbindung steht, suchte M. durch Vergleich der Beschaffenheit des Nasenrachens von 100 Erkrankten und 7 Genesenen mit den von 23 gesund gebliebenen Geschwistern von Erkrankten, von 70 gesund gebliebenen Kindern, die mit Kranken in einem Hause gewohnt hatten und von 52 Kindern aus einem nicht inficirten Ort, der Entscheidung näher zu bringen. Der Vergleich der Untersuchungsresultate ergibt ca. 6 pCt. weniger normale Nasenrachen bei den Erkrankten als bei den Gesunden.

Zum Schluss weist M. auf die Uebertragung der Meningitis durch Gesunde und durch abortive Erkrankungsfälle hin.

Er warnt vor lokaltherapeutischen Eingriffen, legt aber andernfalls grossen Werth auf prophylaktische Maassnahmen einerseits in der epidemiefreien Zeit durch Behandlung der Rachenorgane, andererseits während der Epidemie durch Reinlichkeit und Gurgelungen.

Sitzung vom 1. December 1905.

Gutzmann stellt 2 Patienten mit näselnder Sprache vor, deren Ursache in einer dreieckigen, am hinteren Ende des Palatum durum befindlichen Knochenspalte und der dadurch bedingten Verkürzung des Gaumensegels zu suchen ist.

Schötz zeigt einen Patienten mit bohnen- bis erbsengrossen, rundlichen, flachen, scharfrandigen, weissen Flecken auf der Zunge und einem Netzwerk weisser Fäden an der Wangenschleimhaut; er hält die Affection für Lichen ruber planus.

Lennhoff stellt eine Patientin mit primärer Tuberculose des Zahnfleisches vor.

E. Meyer demonstrirt 1. das Präparat einer syphilitischen Stenose des Pharynx und Larynx; dieselbe zeigt 3 Etagen: die erste liegt zwischen Zungengrund und hinterer Rachenwand, die zweite ca. 2 cm tiefer und die dritte betrifft den Larynx; das vordere Drittel der Stimmbänder ist verwachsen. 2. stellt er eine Patientin vor, bei der im Hypopharynx eine vom Zungengrund zur hinteren Rachenwand verlaufende specifische Narbe sichtbar ist.

M. Senator: Ueber Schleimhautlupus der oberen Luftwege.

Es ist vorwiegend eine Krankheit des jüngeren Lebensalters und des in niederer, socialer Lage lebenden weiblichen Geschlechts.

Weitaus die grösste Mehrzahl der Epidermislupusfälle — nur selche hat S. untersucht — zeigt auch die Schleimhäute befallen. Zwischen der Stärke resp. der Ausbreitung des Haut- und Schleimhautlupus finden sich auffallende Verschiedenheiten, ebenso zwischen den Affectionen der beiden Seiten, so dass also der Lupus oft primär auf der Schleimhaut beginnt und zwar auch einseitig.

Der Uebertritt von aussen nach innen oder umgekehrt geht einmal per continuum vor sich, dann durch Blut- und Lymphmetastasen und durch Infection mittelst des Fingers.

Das Alter der Affection bedingt nicht durchweg eine grosse Ausdehnung auf den Schleimhäuten.

Introitus nasi und Vestibulum waren meistens befallen und wiesen Defecte und Missbildungen auf; das Septum cutaneum ist nicht so häufig afficirt, kann eventuell durch Narbenbildung Falken- oder Papageiennase verursachen. Am häufigsten ist das knorplige Septum befallen; es kann, wenn auch nicht oft, zur Perforation kommen.

Von den Muscheln erkrankt die untere recht oft und wird vielfach zerstört und verändert gefunden, während die mittlere selten betroffen wird.

Auf den Lupus der übrigen Schleimhäute übergehend, bemerkt S., dass er in seinem Material wenig vertreten war.

Der Lupus kann zu Allgemeininfectionen führen und ergreift nicht selten die Lungen, zwar in wenig hervortretender und ungefährlicher Form; andererseits kamen auch acute resp. maligne verlaufende Lungenaffectionen zur Beobachtung, sowie eine Halswirbelerkrankung.

Die Diagnose macht selten Schwierigkeiten, besonders, wenn gleichzeitig

Hautlupus besteht; die subjectiven Symptome sind nicht charakteristisch und wenig belästigend.

Prognose quoad vitam ziemlich günstig, quoad sanationem schlecht. Für die Behandlung empfiehlt sich rücksichtslose Entfernung alles Krankhaften mit scharfen Instrumenten und beständige Controle bezüglich Recidiven.

Weniger zuverlässig, aber nicht unwirksam, ist die Anwendung der Milchsäure in Lösung von 50 pCt. und mehr.

E. Meyer kann die Verschiedenheit der Ausdehnung der Erkrankung auf beiden Seiten der Nase nach seinen Erfahrungen nicht als charakteristisch ansehen, da er häufiger eine gleichmässige, doppelseitige Erkrankung gesehen; Septumperforationen beobachtete er ziemlich häufig, auch Pharynxaffectionen sind nach ihm häufiger, ebenso die Erkrankung des Larynx, von der er einen primären Fall beobachtet hat. Der Process kriecht hier gewöhnlich continuirlich in die Tiefe: die Stimmbänder und die hintere Larynxwand bleiben meist verschont.

Heilung wird nur sehr selten erzielt; die neuerdings versuchte Electrolyse hat ihm auch keine besseren Resultate gegeben, als andere Methoden.

A. Rosenberg spricht sich ebenfalls gegen die Anschauung aus, dass die Verschiedenheit des Grades der Erkrankung beider Seiten für Lupus charakteristisch sei; er hat häufiger das Gegentheil gesehen und erst jüngst bei einer Patientin beiderseits am Septum gleichmässig grosse Lupome feststellen können. — Im Pharynx beobachtete er zweimal eine isolirte Seitenstrangerkrankung; im Larynx einen Fall von primärem Lupus. Dieser zeigte ihm, dass das Fortschreiten der Affection nicht immer continuirlich stattfindet, sondern auch auf seinem Wege Sprünge macht. In seinem Fall war die Epiglottis befallen, ein Taschenband nur sehr wenig, dagegen fand sich eine subglottische stenosirende Narbe. Stimmbänder und hintere Larynxwand sind besonders resistent.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Als Nachfolger unseres unvergesslichen Collegen Philipp Schech ist der Privatdocent Dr. Hans Neumayer zum ausserordentlichen Professor für Laryngolo-Rhinologie und zum Vorstand der laryngologischen Poliklinik an der Universität in München ernannt worden. (Wiener allgem. medicin. Zeitung.)

Die Zukunft der internationalen medicinischen Congresse und die Laryngologie.

In der am 5. Januar 1906 abgehaltenen Sitzung des Deutschen Reichscomité's für den XV. Internationalen Medicinischen Congress in Lissabon wurden folgende von Geh.-Rath Waldeyer und von Prof. Posner gestellte Anträge einstimmig angenommen:

Die Unterzeichneten beantragen:

Das Deutsche Reichscomité für den XV. Internationtlen Medicinischen Congress Lissabon wolle beschliessen, dem Organisationscomité des Congresses folgende Vorschläge mit der Bitte, sie während des Lissaboner Congresses zur Verhandlung zu stellen, zu unterbreiten:

I.

Es wird die Errichtung eines Internationalen Bureaus für die Allgemeinen Medicinischen Congresse beschlossen, welches in der Zeit zwischen deren Versammlungen in Kraft bleibt. Diesem Bureau gehören an: Die Vorstände des vergangenen und des zukünftigen Congresses sowie sämmtlicher für die Congresse gebildeten National-Comité's. Sitz des Bureaus ist Paris. Seine Aufgabe besteht darin, den Zusammenhang in der Thätigkeit der Congresse zu wahren, insbesondere bei der Aufstellung des Congress-Programms, soweit es sich um die Eintheilung in Sectionen, sowie um die Aufstellung geeigneter Verhandlungsgegenstände, um die Ernennung von Referenten, Ehrenpräsidenten u. s. w. handelt, mit dem Organisations-Comité gemeinsam zu wirken.

Motive.

Es hat sich das Bedürfniss geltend gemacht, eine Instanz zu schaffen, welche durch ihren internationalen Charakter befähigt ist, Meinungsverschiedenheiten zwischen dem jeweiligen Organisationscomité und den Vertretern von speciellen Wissensgebieten in den einzelnen Ländern vorzubeugen oder solche zu schlichten. Gleichzeitig würde durch das Bestehen einer solchen Central-Instanz eine gemeinschaftliche Regelung des Verhältnisses der grossen allgemeinen Congresse zu den internationalen Speciel-Congressen und den medicinischen Versammlungen der einzelnen Ländern ermöglicht werden.

II.

Die Allgemeinen Internationalen Medicinischen Congresse sollen in Zukunft nicht, wie bisher, alle drei, sondern alle fünf Jahre abgehalten werden.

Motive.

Es wird allseitig anerkannt, dass die Internationalen Congresse in den letzten Jahren an Bedeutung eingebüsst haben. Dies liegt insbesondere an ihrer zu raschen Aufeinanderfolge; bei seltenerem Stattfinden würde voraussichtlich nicht nur die Vorbereitung eine sorgsamere werden, sondern es würden sich auch mehr Kräfte an der Lösung ihrer wissenschaftlichen Aufgaben betheiligen, welche jetzt durch ihre zu häufige Inanspruchnahme für ähnliche Veranstaltungen das Interesse verloren haben. Ausserdem würden bei seltenerem Stattfinden sich die geeigneten Orte leichter ausfindig machen lassen.

Die Unterzeichneten beantragen weiter:

Das Deutsche Reichscomité wolle, im Falle der Zustimmung zu den obigen Anträgen, sämmtlichen übrigen National-Comités davon Kenntniss geben, mit der Bitte, gleichsinnige Beschlüsse zu fassen, sowie ausserdem schon jetzt die geeigneten Schritte zu thun, um festzustellen, in welchem Lande, bezw. in welcher Stadt die Abhaltung des nächsten Congresses erwünscht sei.

Waldeyer. C. Posner.

Sollten, wie dies zu hoffen steht, diese Anträge die Billigung auch der anderen Nationalcomité's finden und in Lissabon zur Annahme gelangen, so würde dadurch die Atmosphäre, was die Zukunft internationaler laryngologischer Zusammenkünfte anbetrifft, in erfreulicher Weise geklärt werden. Ist uns einmal eine würdige Stellung bei den allgemeinen internationalen Zusammenkünften — die ja nunmehr viel seltener werden sollen als bisher — gesichert, so wird nichts dagegen einzuwenden sein, dass in der Zwischenzeit ausserdem periodisch specielle internationale laryngo-rhinologische Vereinigungen tagen. Wie dies zu Stande zu bringen ist, ohne die allgemeinen internationalen Congresse zu schädigen, resp. mit denselben zu collidiren, muss weiteren Besprechungen der Interessenten vorbehalten bleiben. Jedenfalls aber bedeuten die Waldeyer-Posner'schen Anträge eine grosse Verbesserung der jetzt bestehenden Zustände.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, März. 1906. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **H. Gutzmann. Zur Frage der gegenseitigen Beziehungen zwischen Bauch- und Brustathmung.** *Verhandl. des XX. Congresses f. innere Med. S. 508.*

Die Untersuchungen G.'s fanden statt mittelst eines Gürtelpneumographen, bei dem die Feststellung des In- und Exspirationsstromes so bewerkstelligt wurde, dass in die eine Nasenhälfte der Versuchsperson ein dünnes Kautschukrohr eingeführt wurde, in dessen seitliche Wandung ein Loch geschnitten wurde. Die Respirationscurve giebt in Folge dessen nur den Inspirations- bezw. Exspirationsbeginn wieder, da der Schreibhebel bei der Luftundichtheit nach der Excursion das Bemühen hat, wieder auf den Nullpunkt zurückzufallen bezw. emporzusteigen. Die Curven wurden aufgenommen an gesunden Menschen, solchen, welche an Sprachstörungen litten, die von mangelnder motorischer Innervation abhängen, endlich an psychisch Alterirten.

Bei Normalen findet die Sprechathmung nur durch den Mund statt; das gleiche wird beobachtet bei der Schreiathmung des neugeborenen Kindes. Beim natürlichen Gesange wird nur oder vorwiegend durch den Mund geathmet. In der Ruheathmung herrscht bei Normalen kein grosser Unterschied in Bezug auf die Prävalenz der beiden Athmungstypen. Die willkürliche Beeinflussung der Athmung durch den Sprachvorgang verleiht dagegen der thoracalen Athmungsbewegung das Uebergewicht über die Abdominalbewegung.

Bei Sprachgestörten wie cortical motorisch Aphasischen, Stotterern prävalirt offenbar die costale Athmung nicht genügend; therapeutisch muss demnach die costale Athmung verstärkt und durch Uebung mehr zum Bewusstsein gebracht werden.

J. KATZENSTEIN.

2) **J. J. Richardson. Husten in Folge ausserhalb der Lungen gelegener Ursachen. (Cough due to causes outside the lungs.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 23. September 1905.*

Verf. zählt die Ursachen für den reflectorischen Husten auf; er erwähnt Fälle von solchem in Folge Uvula oblongata, Papillom der Uvula, Nasenpolypen, Hyper-

ästhesie der hinteren Enden der unteren Muscheln, Hyperplasie der Zungentonsille.

EMIL MAYER.

3) **Pieniazek. Grundriss der Krankheiten der Nase, des Halses, Larynx und der Trachea. (Choroby jamy nosowej, jamy ustnej gardla, krtani i tchawicy.)** *Krakau 1905.*

Im Handbuche der Inneren Medicin, herausgegeben von Prof. Jaworski in Krakau zum Gebrauch für Studirende und Aerzte, hat Prof. Pieniazek einen kurzen Abschnitt über Krankheiten des oberen Respirationstractus bearbeitet; obwohl der Raum, über welchen er disponirte (73 Seiten), ausserordentlich knapp war, gelang es dem Verf. doch, einen kurzen aber sehr übersichtlichen und genauen Grundriss der genannten Krankheiten zusammenzustellen, in welchem die allerwichtigsten Störungen in einer für den Praktiker klaren Darstellung erörtert sind.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **de Merveilleux** (Neuchâtel). **Häufigkeit und Vertheilung des Sarkoms in der Schweiz von 1892—1901.** *Dissertation. Bern 1905.*

Unter 1321 Fällen waren 15 im Mund und Rachen localisirt; des Kehlkopfes ist keine Erwähnung zu finden. Die wichtigsten Ergebnisse sind: 1. Das Sarkom tritt, gegenüber der gewöhnlichen Annahme, häufiger bei jüngeren Erwachsenen und älteren Leuten als bei Kindern auf. 2. Die Localisation des Sarkoms ist von derjenigen des Carcinoms ganz verschieden. 3. Bei Städtern ist das Sarkom häufiger als bei Landleuten. 4. Männer liefern 55 pCt., Weiber 45 pCt. der Fälle. 5. In der Schweiz ist das Carcinom 35 mal häufiger als das Sarkom.

G. JONQUIÈRE.

5) **J. H. Halstead. Angioneurotisches Oedem der oberen Athmungswege. (Angioneurotic edema of the upper respiratory tract.)** *American Journal of Medical Science. November 1905.*

Drei Fälle werden mitgetheilt. In 2 Fällen begann die Urticaria an anderen Körperstellen und endete schliesslich im Pharynx; im dritten beschränkte sie sich ausschliesslich auf diesen. Es wurde local Adrenalin und Cocain angewandt resp. Scarificationen gemacht.

EMIL MAYER.

6) **C. Reuter** (Budapest). **Ein seltenes Degenerations-Symptom.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Es handelt sich um den accidentellen Befund von Halsrippen bei einem 17 Jahre alten geisteskranken Manne. Die Rippen gingen symmetrisch aus den VI. und VII. Halswirbeln hervor.

v. NAVRATIL-POLYAK.

7) **Broeckaert. Beitrag zum Studium der Pathogenese seröser Halscysten. (Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux du cou.)** *La Belgique Méd. No. 40. 1905.*

B. hat ein Kind von 3 Monaten an einem voluminösen Tumor operirt, der die ganze vordere seitliche Halsgegend bis zum Nacken einnahm; derselbe war von normaler schlaffer Haut bedeckt, gelappt, resistent und irreductibel, erlitt aber

beim Weinen des Kindes eine Volumenszunahme. Die Explorativpunction ergab eine seröse fadenziehende Flüssigkeit. Das rasche Wachsthum und die dyspnoëtischen Störungen veranlassten B., eine möglichst vollständige Exstirpation vorzunehmen, wie sie Kocher bei voluminösen Kröpfen empfiehlt. Der Tumor liess sich dabei bis hinter das Manubrium verfolgen; dabei kam es zu einer leichten Lungenhernie, welche sich aber leicht reduciren und mit einer Pelotte zurückhalten liess. Es handelte sich um eine congenitale multiloculäre seröse Cyste, deren zahlreiche Cystenhöhlen mit einem stratificirten Plattenepithel austapezirt waren.

Was die Pathogenie der Cyste anbelangt, so glaubt B. sie mit der Art der Entwicklung der Thymus in Zusammenhang bringen zu können, hauptsächlich mit der craniellen Portion dieses embryonalen Organs, welches sich durch Knospung des ventralen Epitheliums der 3. Kiemenspalte bildet. BAYER.

8) **S. Distefano. Ueber die Leichenveränderungen der Gewebsbestandtheile der Thymus. (Sulle alterazioni cadaveriche degli elementi del timo.)** *Riforma med. No. 40. p. 1131. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

9) **A. Goodall. Die cadaverösen Veränderungen an der Thymus der Meerschweinchen und die Wirkung der Castration auf die Structur der Thymus. (The post-mortal changes in the thymus of guinea-pigs and the effect of castration on thymus structur.)** *Journal of Physiol. XXXII. 2. p. 191.*

Die Thymus neugeborener Meerschweinchen besteht aus Läppchen adenoiden Gewebes; die Läppchen enthalten desquamirte Epithelzellen. Letztere sind mit Leukocyten besetzt, sind durch Leukocyteneinwanderung von dem Mutterboden abgetrennt, degeneriren deshalb schnell und bilden die Hassal'schen Körperchen, die einfach oder geschichtet erscheinen, je nachdem eine oder mehrere Epithelmassen abgelöst sind. Die zusammengesetzten Hassal'schen Körperchen sind oft an ihrer Peripherie mit Epithelschichten umgeben, die mit dem lymphoiden Netzwerk in Verbindung bleiben und deshalb nicht degeneriren. Mit zunehmendem Alter werden die Hassal'schen Körperchen kleiner und verschwinden, das lymphoide Gewebe vermindert sich und wird durch Fett ersetzt. Die Castration hat neben einem verlängerten Wachsthum und einer verzögerten Atrophie der Thymus auch eine Verzögerung in der Fettbildung und in der Auflösung der Hassal'schen Körperchen zur Folge. J. KATZENSTEIN.

10) **J. A. Hammer. Zur Histogenese und Involution der Thymusdrüse.** *Anat. Anzeiger. XXVII. 2. S. 23. 2. S. 41.*

Das Thymusgewebe stellt sich als der eigentlich stabile und in morphologischer Hinsicht wichtigste Theil des Thymusparenchyms dar. Durch directe Umwandlung der epithelialen Thymusanlage entstanden, zeigen seine Zellen fast während des ganzen Bestehens des Organs normal sowohl de- als regenerative Veränderungen; dieser normalen Degeneration geht in der Regel eine Hypertrophie vielfach wechselnder Art voraus. Die Reticulumzellen sind der letzte Theil des eigentlichen Parenchyms, der bei dessen Involution schwindet. Die Thymuslymphocyten ungewisser Herkunft vermehren sich auch unter normalen Verhältnissen

im Organismus, sind aber sehr labile Bestandtheile desselben. Normaler Weise erst im höheren Alter, auf jeder Altersstufe aber bei herabgesetzter Körperernährung, verringert sich ihre Zahl bis zum völligen Schwinden, wodurch der ursprüngliche Zustand des Drüsenlobulus wieder hergestellt werden kann. J. KATZENSTEIN.

11) **W. Sinnhuber. Ueber die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel.** *Zeitschr. f. klin. Med. LIV. S. 38.*

Bei thymectomirten jungen Hunden ist die Kalkausscheidung nicht vermehrt. Thymusfütterung bringt keine Steigerung der Kalkausfuhr hervor. Bei Thyreoidinfütterung in grösseren Dosen tritt unter N-Verlust eine Steigerung der Kalkausscheidung ein. J. KATZENSTEIN.

12) **Fortescue-Brickdale** (Bristol). **Beobachtungen über die Thymusdrüse bei Kindern. (Observations on the thymus gland in children.)** *Lancet. London, 7. October 1905.*

Verf. theilt die Resultate der Untersuchungen mit, die in 50 Fällen nach aus verschiedenen Ursachen erfolgtem Tode angestellt wurden. Er theilt sein Thema folgendermaassen ein: 1. Das Gewicht der normalen Thymusdrüse. 2. Die bindegewebigen Veränderungen, die bei chronischen abzehrenden Krankheiten der Kinder vorkommen. 3. Bindegewebige Veränderungen bei acuten Krankheiten. 4. Hyperplasie der Thymus. 5. Gewisse mit der Pathologie der Thymus verknüpfte Punkte. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Das Gewicht einer makroskopisch normalen Thymusdrüse bei einem Kinde unter einem Jahre beträgt weniger als $6^1/_2$ g. Bei Kindern mit Marasmus finden sich gewöhnlich bindegewebige Veränderungen an der Drüse. Aehnliche, jedoch nicht so constante Veränderungen finden sich bei Kindern mit secundärer Atrophie. Einfacher schlechter Ernährungszustand scheint keine Fibrosis zu bewirken; bei acuten Krankheiten kann sie, wenn allgemeiner Kräfteverfall vorhanden ist, eintreten. Hyperplasie resultirt aus Vergiftungen, wie bei Diphtherie. Eosinophile Zellen sind in solchen Drüsen zahlreich; selten findet man hyaline Degeneration in den Hassal'schen Körperchen. Fettige Degeneration ist häufig. JAMES DONELAN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **J. W. Langelaan** (Leiden). **Die Entwickelung des Rhinencephalon beim Menschen in Beziehung zum Jacobson'schen Organ. (De ontwikkeling van het rhinencephalon bij den mensch in verband met het organ van Jacobson.)** *Handelingern des X. Niederl. Natur- und Med. Congress. Arnhem 1905.*

Zusammen mit Ernst de Vries (Amsterdam) untersuchte Verf. einen menschlichen Embryo aus dem 2. Fötalmonat. Es zeigte sich u. A., dass das grosse „Ganglion olfactorium“ mit den eigentlichen Geruchsnerven in keinerlei Beziehung steht. Die aus diesem Ganglion austretenden Nervenfasern gehen sämmtlich zum Organon vomeronasale (Ruysch, Jacobson), während die centralen Fasern vom Ganglion an der lateralen Seite des Bulbus olfactorius selbstständig und von den Geruchsnerven getrennt ins Gehirn eintreten. Dieses Verhalten stempelt das

Jacobson'sche Organ zu einem eigenen Sinnesorgan mit vorläufig völlig unbekannter Function.

H. BURGER.

14) J. M. Ingersoll. **Eine Studie über die Entwickelung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (A study of the development of the nose and its accessory cavaties.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1904.*

Verf. hat einschlägige Untersuchungen an Fischen, Fröschen, Alligatoren, Vögeln, Hunden, Katzen, Wölfen, Füchsen, Meerschweinchen, einer Anzahl anderer Thierarten und beim Menschen angestellt.

Er fand, dass bei den Fischen das Geruchsorgan aus zwei sackartigen Gebilden besteht, von denen jedes nach aussen durch zwei Oeffnungen communicirt, wogegen die Nase nicht mit der Mundhöhle in Verbindung steht. Die Muscheln sind durch Vorsprünge der medianen Wand repräsentirt. Bei den Amphibien öffnet sich die Nasenhöhle nach dem Munde und wird ein Theil des Respirationstractus. Bei Reptilien theilen sich die Nasenhöhlen in olfactorische und respiratorische Regionen und die Muschelgebilde sind höher entwickelt. Der secundäre Gaumen trennt die hintere Nasenhöhle vom Munde, die Nasenhöhlen werden so verlängert und öffnen sich weiter nach hinten in den Nasopharynx. Bei den Vögeln complicirt sich der Bau der Nasenhöhle noch mehr und besonders die Siebbeinmuschel zeigt einen höheren Grad der Entwicklung.

Bei makrosmatischen Thieren (solchen mit stark entwickeltem Geruchssinn) zeigen die Muscheln ganz besonders complicirte gerollte Formen und stellen verwickelte, den grösseren Theil der Nasenhöhle einnehmende Labyrinthe dar. Die Nebenhöhlen enthalten gleichfalls olfactorische Muscheln.

Bei mikrosmatischen Thieren (solchen ohne starken Geruchssinn) zeigen die Muscheln Zeichen von Degeneration und eine verhältnissmässig einfache Structur. Die Nebenhöhlen enthalten wenig oder kein Muschelgewebe und ihre functionelle Thätigkeit ist verloren gegangen.

Beim Menschen sind die Nebenhöhlen rudimentäre Gebilde.

EMIL MAYER.

15) J. M. André. **Beitrag zum Studium der Lymphgefässe der Nase und der Nasenhöhlen. (Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

16) M. Hajek. **Beitrag zur Anatomie der Drüsen der Nasenschleimhaut.** *Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturforsch. u. Aerzte. 76. Versamml. Breslau. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 354. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

17) Gerber (Königsberg). **Bemerkungen zur Diagnose des Skleroms nebst Mittheilung eines neuen ostpreussischen Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 176.*

Beschreibung und Besprechung des Falles. Verf. fordert grössere Aufmerksamkeit für die Krankheit, von der jetzt schon etwa 600 Fälle bekannt sind.

F. KLEMPERER.

18) **O. Kahler** (Wien). **Zur Radiumbehandlung des Skleroms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 32. 1905.*

K. demonstrirte am 5. April 1905 in der Wiener laryngologischen Gesellschaft eine Patientin mit Sklerom der Nase, der Oberlippe und des Gaumens, bei welcher durch Radiumbestrahlung das äussere Sklerom erweichte und die Geschwüre sich vom Rande aus überhäuteten. Da sich diese Behandlungsart als zu langwierig erwies, wurde die Patientin der Radiotherapie zugeführt und schreitet die Heilung stetig vorwärts. K. regt an, dass man das Radium namentlich in Fällen von innerem Sklerom (Nase, Larynx) anwenden solle. Im Larynx könnte es zur Unterstützung der Tubagebehandlung wesentlich beitragen.

CHIARI-HANSZEL.

19) **M. Schein. Mittelst Röntgenstrahlen behandeltes Rhinosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Vor der Behandlung füllte eine haselnussgrosse Geschwulst das linke Vestibulum nasi aus; dieselbe hing mit dem Septum und dem Boden des Vestibulum zusammen. Im Rachen typisches Narbengewebe. 12 Sitzungen. Die beschriebene Geschwulst hat sich ganz resorbirt. Auf die tieferen Infiltrate hatte die Behandlung keinen Effect.

v. NAVRATIL.

20) **Freund** (Wien). **Rhinosklerom.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Bericht über Heilung eines Rhinoskleromfalles mittelst Röntgenstrahlen. 4 Behandlungsserien, kleine Dosen, 23 mal je 6 Minuten exponirt.

CHIARI-HANSZEL.

21) **H. v. Schrötter** (Wien). **Skleromausbreitung.** (Gesellsch. f. innere Medicin und Kinderheilkunde, Sitzung vom 25. Mai 1905.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1905.*

Demonstration von Karten, welche die Ausbreitung des Skleroms in Europa zeigen. Anregung zur Einführung der Anzeigepflicht für das Sklerom.

CHIARI-HANSZEL.

22) **L. B. Pilsbury. Rhinoplastik nach der Indischen Methode. (Rhinoplasty by the Indian method.)** *Western Medical Review. Mai 1904.*

Verlust der ganzen äusseren Nase; Syphilis schliesst Verf. wegen negativen mikroskopischen Befundes aus (!), giebt aber keine bestimmte Diagnose. Trotzdem Erysipel eintrat, gab die Ueberpflanzung eines Lappens aus der Stirn ein gutes Resultat.

EMIL MAYER.

23) **Jacques Joseph** (Berlin). **Weiteres über Nasenverkleinerung.** *Mit 6 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Seine bisherige Methode der extranasalen Operation hat Joseph für viele Fälle in eine intranasale umgeändert, eine Methode, die „keine äussere Narbe hinterlässt“ und durch die „die Nasen trotz erheblicher Veränderung der Gestalt den Eindruck erwecken, als hätten sie von jeher so ausgesehen“. Diese Methode wandte Autor neben intranasalen Höckerabtragungen auch zu Verkürzungen von

Nasen an, ohne dass an der äusseren Haut Narben entstanden. Bezüglich Details und Technik muss auf das Original verwiesen werden, das durch eine Reihe photographischer Aufnahmen von Patienten vor und nach der Operation illustrirt ist.

HECHT.

24) **E. Heveri. Rhinoplastik.** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1905.*

Beim Kranken bestand beinahe gänzliche Zerstörung des Knochen- und Knorpelgerüstes der Nase, sogar des Vomer, in Folge Lues. H. machte an beiden Seiten rhomboide Lappen aus der Haut des Gesichts, vernähte sie in der Mittellinie miteinander. Das Ganze bedeckte er mit einem Hautperiostknochenlappen aus der Stirne.

v. NAVRATIL.

25) **Digmann** (Kopenhagen). **Eine Rhinoplastik aus dem „alten" allgemeinen Hospital. (En Rhinoplastik fra „gamle" almindeligt Hospital.)** *Hospitals Tidende. S. 781. 23. August 1905.*

Verf. beschreibt einen selten hübschen Fall von totaler Rhinoplastik bei einer 75 jährigen Frau, die vor mehr als 50 Jahren von dem jetzt gestorbenen Professor S. E. Larsen wegen einer Deformität, bedingt durch ein destructives syphilitisches Leiden, operirt wurde.

Die Patientin wurde im Anfang dieses Jahres im Spitale wieder aufgenommen wegen eines Nierenleidens, und einige Photographien, die der Arbeit beigegeben sind, zeigen das schöne Operationsresultat.

E. SCHMIEGELOW.

26) **D. Balás. Fall von Rhinoplastik.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1905.*

Gänzlicher Defect der Nase mit freiem Einblick in den Nasenrachenraum; die Ursache desselben war ein seit 24 Jahren bestehendes Epithelialcarcinom, welches gegenwärtig als zerfallendes Geschwür den medialen Theil der Augenlider und des Gesichts einnimmt.

Plastischer Verschluss des Defectes mittelst eines Stirnhautlappens und Thiersch'scher Transplantation auf die entstandene Wundfläche und an Stelle des excidirten Carcinoms.

v. NAVRATIL.

27) **Cullen F. Welty. Transplantation von Knochen zur Behebung der Sattelnase. (Transplantation of bone for the relief of saddle-nose.)** *Journal American Medical Association. 11. November 1905.*

Verf. ist kein Freund der Paraffininjectionen; wenn sie überhaupt zur Anwendung kommen, soll man Paraffin von über 46° C. Schmelzpunkt wählen und sich einer Spritze mit einem Schraubenstempel bedienen, wo bei jeder Umdrehung eine bestimmte Quantität Paraffin eingespritzt wird. Verf. ist überzeugt, dass nur ein Theil der Unfälle nach Paraffininjectionen publicirt worden ist; er kennt in der Stadt, in der er wohnt, allein zwei Fälle, in dem einen erfolgte totale Erblindung, in dem anderen theilweise Erblindung auf dem einen Auge. Verf. räth in Folge dessen, plastische Operationen zu bevorzugen.

EMIL MAYER.

28) **Broeckaert. Nasenprothese mittels combinirter Wirkung einer autoplastischen Operation mit Paraffininjectionen. (Prothèse nasale par l'action d'une opération autoplastique et d'injection de paraffine.)** *Arch. intern. de Laryngologie. No. II. März-April 1905.*

Die vom Verf. zur Behebung von Nasendeformitäten in Folge narbiger Veränderungen angewandte Methode ist analog der für die Blepharoplastik gebrauchten; sie hat in zahlreichen Fällen sehr gute Resultate gegeben. E. J. MOURE.

29) **John O. Roe. Correction von Nasendeformitäten durch subcutane Operationen. Ein weiterer Beitrag. (Correction of nasal deformities by subcutaneous operation. A further contribution.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Eine Reihe von Photographien zeigt, welche Besserungen auch in ungünstigen Fällen erzielt werden können. Meist handelte es sich um traumatische, bisweilen auch um syphilitische Deformitäten. Auch wo als Resultat chronischer Reizzustände Exostosen vorhanden waren, konnten diese subcutan entfernt werden oder Theile von ihnen wurden dazu verwandt, um Defecte auszufüllen. Verf. beschreibt ausführlich eine Plastik, die in einem Falle gemacht wurde, wo in Folge eines Hufschlags die Nase nur noch auf der einen Seite an den verletzten Weichtheilen hing. Sie wurde abgeschnitten und eine neue Nase aus der Oberlippe mit gutem Resultat gebildet. LEFFERTS.

30) **E. v. Navratil** (Budapest). **Neueres operatives Verfahren zur Behebung von Synechien in der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 571. 1903.*

Das Verfahren, das in Spaltung der Nase und Excision der Synechien, darauf Transplantation Thiersch'scher Lappen (aus dem Oberschenkel) in die Nase besteht, führte in einem vom Verf. mitgetheilten Falle zur Heilung.

F. KLEMPERER.

31) **James J. Campbell. Die subcutanen Paraffininjectionen speciell zur Correction von Nasendeformitäten. (The subcutaneous injections of paraffine more particularly for the correction of nasal deformity.)** *Illinois Medical Journal. September 1904.*

Eine nichts Neues bringende Empfehlung der Paraffinprothesen.

EMIL MAYER.

32) **Tetens P. Hald** (Kopenhagen). **Ueber Paraffinprothesen. (Om Paraffinprotheser.)** *Hospitals Tidende. p. 244. 15. März 1905.*

Verf. hat 7 Fälle von Nasendeformität mit Paraffineinspritzungen behandelt und gute Resultate erzielt. Die besten Resultate wurden durch Paraffin erreicht, das bei 50° schmolz und mit Stein's Spritze kalt injicirt wurde.

E. SCHMIEGELOW.

33) **Sinding-Larsen** (Norwegen). **Paraffinplastik bei eingesunkener Nase. (Paraffinplastik ved indsunken näse.)** *Tidskr. f. d. Norske Laegeforening. 8. 1. Kristiania. 2. Januar 1905.*

Hat Stein's Paraffin-Vaselin-Mischung, die bei 41° C. schmilzt, gegen eine eingesunkene Nase bei einem 8jährigen Knaben mit ausgezeichnetem Resultat angewandt.

E. SCHMIEGELOW.

34) **Onodi. Ueber Injectionen mit festem, kaltem Paraffin.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 52.*

Verf. gebraucht bei Deformitäten der Nase immer ein Paraffin zur Injection, welches bei 48° C. flüssig wird; er spritzt dasselbe im kalten, festen Zustande ein. Beschreibt eine Spritze zu diesen Injectionen.

v. NAVRATIL.

35) **D. v. Navratil. Ueber den Werth der submucösen Paraffininjectionen bei Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 49.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten und Gefahren, welche bei Injection von flüssigem Paraffin bestanden und demonstrirt ein Instrument, welches es ermöglicht, das Paraffin in festem Zustande unter die Schleimhaut zu injiciren. Dasselbe ist von Broeckart in Paris construirt und von Lermoyez modificirt.

Verf. wandte das Verfahren in 7 Fällen an. Er spritzte das Paraffin an beiden Seiten unter die Schleimhaut der unteren und mittleren Muscheln, des Septum und des Nasenbodens ein.

In allen Fällen verschwand der üble Geruch vollständig.

Verf. hebt hervor, dass die Paraffininjectionen die Ozaena nicht heilen; da aber dieselben die Nasenhöhle verengern, ist die Entfernung des Secretes erleichtert, dasselbe trocknet nicht ein, bildet keine Krusten, welche in Folge Zersetzung den üblen Geruch verursachen.

E. v. NAVRATIL.

36) **Broeckaert. Die Injectionen mit kaltem Paraffin. (Les injections à froid de paraffine.)** *La Belgique Méd. No. 8. 1905.*

Nach verschiedenen Versuchen gelang es B. endlich, ein Instrument für kalte Injectionen mit Paraffin herzustellen, welches er schon in ziemlich häufigen Fällen erproben konnte. Dasselbe besteht 1. aus einer Metallspritze mit Metallstempel und Cremaillère; 2. einer federnden Zange, welche den Stempel in Bewegung setzt. In die Spritze wird ein kleiner aseptischer Cylinder bei 45° schmelzbaren Paraffins eingeführt. Durch abwechselndes Oeffnen und Schliessen der Zange wird der Stempel in Bewegung gesetzt und das Paraffin präsentirt sich an der Nadelspitze in Form eines Bandes, welches sich leicht mit den Fingern modelliren lässt. Er beschreibt darauf seine Technik speciell für die Restauration atrophischer Muscheln und Herstellung künstlicher Nasenscheidenwandvorsprünge; sodann bespricht er die Folgen der Operation, welche, wenn gut ausgeführt, absolut inoffensiv ist. Während mit den früheren Methoden mit warmem Paraffin der Procentsatz an Phlebitiden ziemlich hoch war, macht die jetzige Verbesserung der Technik die Gefahren analoger Unfälle quasi unmöglich.

Bezüglich der Resultate habe er bereits derartige Erfolge erzielt, dass er die Ueberzeugung aussprechen könne, dass die Methode von Tag zu Tag neue Proselyten machen werde, um mit Erfolg die so hartnäckigen und rebellischen fötiden atrophischen Rhinitiden zu bekämpfen. Schliesslich bespricht er noch die äusserlichen Correctionen, besonders die Nasalprothesen, wofür er bei nahezu 50° schmelzbarem Paraffin den Vorzug giebt; zu diesem Zwecke wird die montirte Spritze in Wasser von der dem Schmelzpunkte des zu verwendenden Paraffins entsprechenden Temperatur einige Minuten getaucht, bis es so weich ist, dass man es als Paste wie das bei 45° schmelzbare Paraffin verwenden kann. B. sieht in der Paraffininjectionsmethode die eleganteste Acquisition der modernen Chirurgie und vielleicht auch fruchtbarste, wenigstens was ihre Application anbelangt. BAYER.

37) **G. Mahu** (Paris). **Behandlung der Ozaena mit Einspritzungen von festem Paraffin. (Traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide.)** *Presse médicale. 1. Juli 1905.*

M. beschreibt einen neuen Apparat, den er in der Abtheilung von Lermoyez im Hospital St. Antoine angewandt hat.

Das Instrument, dessen Abbildung er giebt, hat genau die Form einer Pistole. Dieses Instrument wird mit cylindrischen Paraffinpatronen geladen. Die Injectionen werden in 8 tägigen Intervallen in das Septum, die Muschel und auf den Nasenboden gemacht. PAUL RAUGÉ.

38) **Samuel Iglauer. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis mittels einer oro-nasalen Canüle. (The treatment of atrophic rhinitis by means an oro-nasal-canula.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Verf. hat die Vorstellung, dass der Mangel an Secretion bei der atrophischen Rhinitis einigermaassen ausgeglichen werden könne dadurch, dass man in die Nase Speichel hineinbringe und dass dieser einen therapeutischen Einfluss auf den atrophischen Process haben könne. Er will diesen Zweck erreichen durch Anlegung einer kleinen Anastomose zwischen Nasen- und Mundhöhle, mit anderen Worten einer kleinen künstlichen Gaumenspalte, in die eine Canüle eingelegt wird.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

39) **G. Retzius. Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Papillen der Zunge der Amphibien.** *Retzius' biol. Unters. N. F. Bd. 12. S. 61.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

40) **L. Drüner. Studium zur Anatomie der Zungenbein-, Kiemenbogen- und Kehlkopfmuskeln der Urodelen.** *Zool. Jahrb. Abtheil. f. Anat. u. Ontogenie der Thiere. Bd. 19. H. 3 4. S. 361—690.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

41) **V. Delsaux. Zwei Fälle von anormaler Beweglichkeit der Zunge. (Deux cas de mobilité anormale de la langue.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. Rhinootolaryngolog. Gesellschaft vom 11. Juni 1904. BAYER.

42) **Schourp** (Danzig). **Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge.** *Dermat. Centralbl. 8. December 1905.*

32jähriger Patient mit Lingua geographica, die mit sehr schmerzhafter Spaltbildung an der Oberfläche der Zunge verbunden war. Jede Behandlungsart erwies sich als erfolglos. SEIFERT.

43) **Sorrentino** (Ancona). **Ueber das umschriebene Lymphangiom der Zunge.** *Arch. f. Dermat. 76. Bd. 1905.*

Bei einem 10jährigen Knaben fand Sorrentino an der linken Hälfte der Zunge einen ovalen 4 cm langen und $2^1/_2$ cm breiten Tumor von blassrother Farbe. Die Oberfläche des Tumors bestand aus vielen angehäuften kleinen hemisphärischen, punkt-, linsen- oder miliariaförmigen, aneinander gepressten und sich berührenden Erhabenheiten, die dem Tumor das Aussehen des Seifenschaumes verliehen. Durch Compression konnte der Tumor grösstentheils reducirt werden. Entfernung des Tumors mit der galvanischen Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphangiom. SEIFERT.

44) **Boissonas** (Schweiz). **Zur Casuistik der Zungenkrebse.** *Dissertation. Bern 1905.*

Die Arbeit berichtet über 77 Fälle der Kocher'schen Klinik. Ueberlebende 55. Recidive 38. Viele Todesfälle durch Pneumonie, welche zum grössten Theil durch schlechte Heizregulationsvorrichtungen des Spitals verursacht worden seien (!). Die häufigsten Recidive traten in den Lymphdrüsen auf, weshalb die primäre Entfernung aller Lymphdrüsen der Umgegend zu empfehlen ist. Metastasen kamen meist in den Lymphdrüsen der Umgegend vor; einige Male in den Lungen, einmal in Gehirn, Leber, Pleura, Mediastinaldrüsen. 11 Patienten (15,2 pCt.) blieben recidivfrei. 21 Patienten starben 3—7 Jahre nach der Operation an anderen Krankheiten. Sämmtliche Kranken- und Operationsgeschichten sind genau mitgetheilt. Da den Halsärzten nicht selten Frühstadien von Zungenkrebs zu Gesichte kommen, so sei diese zuverlässige Arbeit zum Durchlesen empfohlen. JONQUIÈRE.

45) **Duchesne. Die Zungentonsille. (L'amygdale linguale.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Liège. No. 1. 1905.*

D. giebt zuerst nach Escat eine Beschreibung der Zungentonsille beim Kinde, welche sich gegen das 14. Lebensjahr zurückzubilden pflege und atrophire, obgleich diese Ansicht nicht allgemein getheilt werde, da die Zungenmandel beim Erwachsenen mit dem gleichen Charakter, wie beim Kind, häufig genug persistire. Sodann bespricht er ihre Function; man schrieb ihr eine phagocytäre Rolle zu und betrachtete sie als ein Organ der Abwehr gegen das Eindringen von Mikroben in den Organismus; gegenwärtig aber ist man im Gegentheil geneigt, in ihr eher eine

Eingangspforte für die Mikroben zu erblicken, wie für den Rheumatismus und die Tuberculose nachgewiesen worden. Bezüglich der Pathologie weiche die Zungenmandel nicht von der der anderen Mandel ab: sie wird zum Sitz katarrhalischer Entzündungen bei gewissen Allgemeinkrankheiten (Scharlach, Masern, Grippe u.s.w.): kann der selbstständige Sitz einer acuten katarrhalischen Amygdalitis werden, ebenso wie der einer Phlegmone (phlegmonöse Amygdalitis und Periamygdalitis), zu Abscessbildung führen, meist unilateral, weil das Lig. glossoepiglott. der Fortpflanzung derselben auf die andere Seite im Wege steht. Ferner kann sie der Sitz einer Ang. herpet. et follicul. werden; die Syphilis kann sie in allen ihren Perioden befallen. Eine der häufigsten Affectionen der Zungenmandel bildet die Hypertrophie derselben, besonders beim Erwachsenen, im Gegensatz zu den anderen Mandeln, welche meist bei Kindern hypertrophiren; nachdem der Autor die Symptomatik dieser Affection näher besprochen, geht er auf die Behandlung — innerliche und operative — über.

Ziemlich häufig trifft man an der Zungenmandel ausgebildete Varicen, welche zu den gleichen Störungen wie die Hypertrophie Veranlassung geben und deren Hämorrhagien leicht diagnostische Irrthümer herbeiführen können, ihre Behandlung besteht in deren Zerstörung durch Cauterisation.

Die Mycosis leptothricica schlägt ferner häufig ihren Sitz in ihr auf, während die Tuberculose sie selten primär befällt; gewöhnlich ist sie die Folge von Lungen- oder Kehlkopftuberculose.

BAYER.

46) J. W. Carr. **Ein Fall von primärer eitriger Parotitis. (A case of primary suppurative Parotitis.)** *Lancet. 16. September 1905.*

Es handelt sich um einen 79 Jahre alten, an Gicht leidenden Mann. Nach einer ungewöhnlichen Anstrengung entstand auf der linken Gesichtsseite eine Schwellung, die allmälig zunahm; Pat. wurde halb comatös. Temperatur 38,3°; im Urin etwas Eiweiss. Der Tumor zeigte etwas Fluctuation. Einige Tage lang trat eine geringe Besserung ein, dann Temperatursteigerung auf 39° und Rasseln über dem Unterlappen der linken Lunge. Bei einer Incision, die in die Geschwulst gemacht wurde, fand sich die ganze Drüse mit Eiter erfüllt und infiltrirt. Temperatursteigerung auf 41° und Exitus.

ADOLPH BRONNER.

47) R. Bucknall. **Die Pathologie und Prophylaxe der secundären Parotitis. (The pathology and prevention of secondary Parotitis.)** *Lancet. 21. October 1905.*

Vortrag, gehalten vor der Royal Medical and Chirurgical Society 24. October 1904.

ADOLPH BRONNER.

48) R. D. Black. **Hämorrhagischer Typhus mit typhöser Parotitis. Heilung. (Hemorrhagic typhoid with typhoid Parotitis. Recovery.)** *American Medicine 14. October 1905.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

49) **Eduard Bowe. Parotitis nach Blinddarmexstirpation. (Parotitis following appendectomy.)** *Annals of Surgery. November 1905.*

Zwei Fälle werden mitgetheilt; Verf. nimmt an, dass eine secundäre Infection auf dem Blutwege erfolgt sei.

EMIL MAYER.

50) **G. B. Wood. Lymphdrainage der Gaumentonsille. (Lymph drainage of the faucial tonsil.)** *American Journal of Medical Science. August 1905.*

Das Schicksal der Mikroorganismen, die in das Parenchym der Tonsille eingedrungen sind, hängt von zwei Factoren ab: erstens der pathogenen Fähigkeit des Mikroorganismus und zweitens der vitalen Resistenz, die von dem Gewebe der Invasion entgegengesetzt wird. Wenn ein nicht-pathogener Keim in eine Crypte eindringt, so wird er wahrscheinlich durch die Phagocytose auswandernder polymorpho-nucleärer Leukocyten vernichtet. Wenn jedoch die Vitalität des Keimes gross genug ist, so bleibt er am Leben und dringt durch das Epithel in das interfolliculäre Gewebe ein.

Es ist durch gründliche Untersuchungen festgestellt worden, dass Fremdkörper, die in die Crypten gebracht waren, in das interfolliculäre Gewebe eindringen können. Diese Resorption hängt wahrscheinlich von zwei Momenten ab: erstens der Thätigkeit der Halsmuskeln während ihrer verschiedenen physiologischen Bewegungen und zweitens dem Vorhandensein eines Lymphstroms in der Tonsille. Der M. palatoglossus und palatopharyngeus comprimiren während des Schluckactes die Tonsille und befördern die central gelegenen beweglichen Körper nach der Peripherie zu. Wenn der Fremdkörper auf dem Grunde der Crypte angelangt ist, wird er in der Richtung nach aussen zu gestossen, und wenn er an dem Epithel kein Hinderniss findet, so dringt er in das Parenchym ein. Der zweite Factor bei der Resorption von Fremdkörpern aus den Crypten ist die constante Production von Lymphzellen in den Follikeln. Das interfolliculäre Gewebe besteht aus einem feinen Bindegewebsnetz mit zahlreichen eingestreuten Lymphzellen. Diese Lymphzellen befinden sich in ständiger Bewegung von den Follikeln nach der Richtung des geringsten Widerstandes. Ist die epitheliale Schranke in Folge Zellmetamorphose so geschwächt, dass die Crypte in der Richtung des geringsten Widerstandes liegt, so brechen die Lymphzellen hindurch und gelangen in die Crypte, häufiger jedoch gehen die Lymphzellen in die Lymphräume, die in den Trabekeln der Tonsille endigen und sich in die Vasa efferentia entleeren. Es besteht also ein Lymphstrom, der, ausgenommen wenn eine Verletzung des Epithels besteht, nach den bindegewebigen Trabekeln und von dort in die Lymphgefässe nach der Peripherie gerichtet ist.

Durch die Erklärung dieses Mechanismus erhält die Theorie von der Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen eine Stütze. In Bezug auf die Resorption lebender Mikroorganismen muss daran erinnert werden, dass Bakterien keine bewegungslosen Fremdkörper sind, sondern gewisse vitale Eigenschaften besitzen, die ihr Eindringen in das Gewebe begünstigen.

Klinisch und experimentell erweist es sich, dass, je breiter die lymphatische Substanz und je tiefer die Crypten sind, um so leichter die Keime in das Tonsillargewebe zu den Vasa efferentia gelangen.

EMIL MAYER.

51) **Jonathan Wright. Das Gleichgewicht zwischen Infection und Immunität illustrirt an den Tonsillarcrypten. (The equilibrium between infection and immunity as illustrated in the tensils crypt.)** *N. Y. Medical News. 4. März 1905.*

Verf. betrachtet die Frage von Infection und Immunität ausgehend von den Eigenthümlichkeiten der Tonsillarstructur, die es bewirken, dass das subepitheliale Gewebe frei bleibt von den in den Crypten enthaltenen Keimen. Er neigt zu der Annahme, dass infolge einer gewissen sensitiven mechanischen Anordnung die Stomata und Zellinterstitien sich vor dem Eindringen von Bakterien verschliessen, dagegen anorganischen Partikeln einzudringen gestatten. Oder es kann irgend ein Bakteriolysin vorhanden sein, das eine selective Wirkung gegen die Mikrobeninvasion ausübt. Leben bedeutet einen fortwährenden Kampf zwischen constructiven und destructiven Kräften; das Gleichgewicht zwischen beiden wird durch unbekannte Factoren aufrecht erhalten. In einem Fall von Infection nehmen die Virulenz des angreifenden Keimes und die Offensivkräfte der Zelle gleichermaassen ab, bis der einen oder der anderen irgend welche Hülfe kommt.

LEFFERTS.

52) **J. Melville Hardie. Hypertrophie der Gaumen- und Rachentonsille bei Kindern. (Hypertrophy of the faucial and pharyngeal tonsils in children.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Februar 1905.*

Es ist erwiesen, dass eine Resorption von Flüssigkeit und von feinvertheilten festen Partikelchen durch die Tonsille stattfindet. Wenn die Tonsille hyperplasirt ist, so behindert sie die freie Athmung. Verf. setzt die Schädlichkeiten der Mundathmung auseinander, bespricht ferner die Tonsillen als Infectionspforte und räth zu frühzeitiger Operation, wobei er gegen die Anwendung von Chloroform protestirt.

EMIL MAYER.

53) **Jonathan Wright. Cysten im lymphatischen Gewebe, ein exceptionelles Zeichen depressiver Veränderung in den Tonsillen. (Cysts in lymphoid tissue, an exceptional manifestation of tonsils retrogression.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Mittheilung eines eine 21jährige Frau betreffenden Falles, bei der ein Theelöffel voll einer öligen Flüssigkeit sich in einer Mandelcyste fand.

EMIL MAYER.

54) **Edwin Pynchon. Gewöhnliche Tonsillotomie. (Ordinary tonsillotomy.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. bedient sich zu der Operation eines von ihm selbst angegebenen Instrumentariums, bestehend in einem Mundsperrer, einem Zungenspatel, dessen Handhabe schräg steht, einer Zange, durch die die Tonsille festgehalten wird, und einem Tonsillotom, dessen schneidendes Blatt durch eine Feder in Bewegung gesetzt wird.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

55) **E. W. Mitchell. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Bulletin. Februar 1904.*

Antitoxin soll auch bei bloss verdächtigen Fällen sofort angewandt werden.

EMIL MAYER.

56) **Watson Williams** (Bristol). **Die Diphtherie in Bezug auf die Infectiosität und die Meldung latenter Fälle. (Diphtheria in reference to the infectivity and notification of the latent forms.)** *III. Brit. Med. Association. Leicester Meeting.*

Die Diphtherie, wenn pathologische Verhältnisse ohne einen offensichtlichen Krankheitszustand vorhanden sind, wird als latent bezeichnet. Virulente Mikroorganismen ohne Veränderungen in den Geweben berechtigen nicht zur Diagnose einer latenten Diphtherie. Der in Frage kommende Mikroorganismus ist ganz hervorragend polymorph und in Bezug auf die Virulenz bietet er zahlreiche Variationen dar. Ebenso variirt die Empfänglichkeit des Wirthes ungemein und es steht oft ausserhalb der Macht des Bakteriologen, die klinische Bedeutung des Mikroorganismus festzustellen. Verf. nimmt Wesbrock's Classification in granulär-, gegittert- und solidgefärbte Bacillen an, von denen jede in Involutionsformen oder als lange oder kurze Bacillen auftreten kann.

Der kurze solidgefärbte Bacillus ist wahrscheinlich identisch mit dem Hoffmann'schen oder Pseudodiphtheriebacillus und hat wahrscheinlich keine klinische Bedeutung, obwohl es Fälle giebt, die Zweifel an dieser Auffassung aufkommen lassen. Es ist zweifelhafter, ob der wahre Bacillus so abgeschwächt werden kann, dass er seine klinische Bedeutung verliert.

Fälle mit localen pathologischen Veränderungen müssen, auch wenn nur geringe Beeinträchtigung der allgemeinen Gesundheit besteht, isolirt werden, bis wiederholte bakteriologische Untersuchungen keine Bacillen ergeben oder bis so viel Zeit verstrichen ist, als nöthig ist, um zu beweisen, dass sie nicht infectiös sind.

Aber auch der kurze granulirte Typus muss als infectiös betrachtet werden, wenn locale Veränderungen vorhanden sind.

Virulente Bacillen ohne jede locale oder allgemeine Erscheinungen machen nicht nothwendig in allen Fällen die Isolation erforderlich, ausser bei empfänglichen Personen und kleinen Kindern. Ein empfängliches Individuum wird im Allgemeinen innerhalb 7 Tagen Symptome aufweisen, wenn solche überhaupt auftreten; aber der Klebs-Löffler'sche Bacillus kann geringe Virulenz besitzen oder diese ganz einbüssen.

Inficirte Gemeinschaften können die Anwesenheit von Bacillen zeigen und doch lange Zeit hindurch frei von der Krankheit bleiben — es scheint dies das Resultat einer Impfung mit Diphtherie von geringer Virulenz zu sein.

Wird ein neuer Fall in einer gesunden Gemeinschaft entdeckt, so muss der Patient und alle, die mit ihm in Berührung kamen, isolirt werden.

Bakteriologische Untersuchung der Nase ergiebt sehr viel häufiger positive Resultate als die des Halses. Virulente Bacillen finden sich im Halse gesunder

Personen selten. Wenn sich der kleine gegitterte Typus in der Nase findet, so ist eine Isolirung der mit dem Bacillenträger in Berührung gekommenen Personen nicht nöthig.

Bei aller Berücksichtigung der Bakteriologie sind wir doch bei der Beurtheilung in hohem Grade abhängig von den klinischen Erscheinungen. So berechtigt beim Fehlen aller pathologischen Erscheinungen das Vorhandensein eines Bacillus von zweifelhafter Virulenz nicht zur langdauernden Isolirung und zur Anmeldung des Falles als Diphtherie.

Discussion:

Davies (Bristol) hält die Meldepflicht geboten in allen Fällen, wo sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus findet, auch wenn alle klinischen Symptome fehlen. Die Anwesenheit verdächtiger Formen, auch des Hoffmann'schen Bacillus, berechtigt zur Meldung, so lange Diphtherie herrscht und erfordert Isolirung bei kleinen Kindern.

Horne (London) bespricht einen Fall von klinischer Diphtherie mit negativem bakteriologischen Befund, bei dem post mortem der Bacillus sich im Ventrikel des Larynx fand.

Spicer (London) stimmt mit den practischen Forderungen von Davies überein.

Pegler (London) hat gelegentlich anormale Mandeln als die Ursache für das lange Verweilen des Bacillus im Halse befunden.

F.W. BENNETT (LEICESTER).

57) **Louis Fischer. Klinische Erfahrung mit Antitoxin und der Vortheil grosser Dosen. (Clinical experience with antitoxine and the advantages of large doses.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1905.*

Die Arbeit bringt statistische Daten und Tabellen und Krankengeschichten und ist voll von interessanten und werthvollen Details. LEFFERTS.

58) **St. Clair Street. Antitoxin in ungewöhnlicher Dosis in einem von Diphtherie complicirten Scharlachfall. (Antitoxine of unusual dosage in a case of scarlet fever complicated by diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Erst nach Injection von 67000 I.-E. trat Heilung ein. LEFFERTS.

59) **Mc. Cullagh. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Verf. bespricht die Prophylaxe, die Isolirung der Patienten und plaidirt für sofortige Injection von Antitoxin und Untersuchung von Ausstrichpräparaten. Antiseptische Waschungen von Nase und Mund sollen gleichzeitig gemacht werden. Die Atmosphäre des Krankenzimmers soll mit Karbol-, Eucalyptus- und Terpentindämpfen gesättigt werden. Als Initialdosis des Antitoxin empfiehlt er 2000 bis 4000 I.E. Ist gleichzeitige Streptokokkeninfection vorhanden, so muss auch Antistreptokokkenserum injicirt werden. In Fällen von Nasendiphtherie sind Spülungen mit alkalischen und desinficirenden Lösungen indicirt. Bei Croup sollen heisse Dämpfe inhalirt werden. Bei Dyspnoe ist in klinischen Fällen die Intu-

bation, in der Privatpraxis die Tracheotomie vorzuziehen. Intubation ist contraindicirt, wenn starkes Oedem des Kehlkopfeingangs besteht oder wenn Rachen und Nase sehr in Mitleidenschaft gezogen sind. Tracheotomie muss nach der Intubation gemacht werden, wenn die Membranen sich ausbreiten, wenn der Tubus oft ausgehustet oder nicht vertragen wird. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

60) **Viollet. Wirksamkeit der Behandlung bei Laryngitis tuberculosa. (Efficacité du traitement de la laryngite tuberculeuse.)** *Gaz. des hôpitaux. 27. Juni 1904.*

Verf. empfiehlt gegen die Dysphagie eine Combination von Anaesthesin mit Adrenalin. Gegen die Entzündungen und Ulcerationen gebraucht er das Methylenblau. A. CARTAZ.

61) **Pollatschek. Diätetische und physikalische Behandlung der Larynxtuberculose. (Diaet. és physikalis gyógymódok.)** *Beiblatt zu Budapesti Orvosi Ujsag. No. 2.*

Von grosser Wichtigkeit ist die Behandlung der Nase und des Rachens zur Vorbeugung einer Irritation des Kehlkopfes durch das herabfliessende Secret. Des Weiteren erachtet Verf. für heilsam: Ausspülungen des Kehlkopfes mit der Larynxspritze, Eisumschläge oder Application von Wärme auf den Hals, copiöse flüssige oder breiige Kost, strengstes Sprechverbot, klimatische Curorte. v. NAVRATIL.

62) **Grünwald** (Reichenhall-München). **Einige Gesichtspunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1905.*

G. weist auf die Wichtigkeit einer langen Beobachtung der Krankheit seitens eines Arztes hin und meint, dass in aussichtssreichen Fällen die Larynxbehandlung im Vordergrunde stehen soll und in vielen Fällen schon die blosse Ruhigstellung (Schweigecuren) die beste Aussicht auf Heilung gewährt. G. übt häufig die galvanocaustische Stichelung bei Larynxphthise. CHIARI.

63) **J. Wodon. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit intralaryngealen Tuberculinbepinselungen. (Traitement de la tuberculose laryngée par des attouchements intralaryngés de tuberculine.)** *La Presse Méd. Belge. No. 14. 1905.*

Die locale Wirkung des Tuberculins und dessen Absorption von den Schleimhäuten aus soll nach Jacob's Thierversuchen sogar wirksamer sein als die subcutanen Injectionen, im Verhältniss von 1 : 10.

Der Autor hat nun die Localwirkung des Tuberculins auf tuberculöse Kehlkopfaffectionen geprüft. Er applicirte dasselbe intralaryngeal bei Kranken, deren Pharynx- und Larynxschleimhaut nicht anämisch erschien, denn seine Resultate waren gleich Null bei solchen Kranken, deren Schleimhaut blass und decolirt war, wie es leider in der Mehrzahl der Fälle vorkommt; zu gleicher Zeit wurde Tuberculin subcutan injicirt. Er beobachtete dabei sehr häufig Reactionserscheinungen, welche ihn veranlassten, diese intralaryngeale Behandlung der Tuberculose ver-

bunden mit Tuberculininjection zu adoptiren. Seine bisherigen Resultate seien derart ermuthigend, dass er hoffe, in relativ kurzer Zeit, d. h. der nöthigen obligatorischen Beobachtungszeit, über wirkliche Heilungen berichten zu können.

BAYER.

64) **Rose Hall Skillern. Die prämonitorischen Symptome der Kehlkopfschwindsucht. (The premonitory symptomatology of laryngeal tuberculosis.)** *American Medicine. Juli 1905. N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1905.*

Kehlkopfcrepitation findet sich frühzeitig und ist ein Zeichen für Tracheitis, die als Vorläufer der Tuberculose betrachtet wird.

Die praemonitorischen Symptome sind: Subjective (eigenthümliches Gefühl im Halse, intermittirender Husten oder recurrirende Dyspnoe, Stimmstörungen); Objective (Expectoration, Blutung aus dem Kehlkopfe); Laryngoskopische (Parese, Röthung oder Blässe der Stimmlippen, Laryngorrhoe).

EMIL MAYER.

65) **W. B. G. Harland. Das Problem der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The problem of the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 5. August 1905.*

Verf. meint, dass in einem Viertel aller Fälle von Lungentuberculose auch Veränderungen im Kehlkopf vorhanden sind. Er giebt eine Beschreibung der Symptomatologie der Kehlkopftuberculose. Den Hauptwerth legt er auf die Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

66) **Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Behandlung von Larynxtuberculose. (Behandling af Larynxtuberkulose.)** *Hospitals Tidende. No. 34 u. 35. p. 787. 1905.*

Verf. hat im Oeresundshospitale innerhalb 3 Jahren 474 Patienten mit Tuberculosis pulmonum beobachtet. Von diesen klagten 306 über verschiedene Halssymptome, aber nur 170 hatten Tuberculosis laryngis. Er hat Mentholeinathmungen, Mentholpinselungen und, wenn die Schmerzen sehr stark waren, Anästhesin-Amyloform-Mentholpulver, 2—3mal wöchentlich, oder Anästhesinemulsionen angewandt.

E. SCHMIEGELOW.

67) **Otto J. Stein. Ein Fall von Kehlkopftuberculose mit Demonstration des Präparats. (A case of laryngeal tuberculosis with exhibition of specimen.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

In dem mitgetheilten Fall war in Folge acuter Symptome von seiten des Abdomens eine Laparotomie gemacht und ein Theil des Netzes resecirt worden; von der einen Seite wurde behauptet, dass es sich um Tuberculose handelt, während die Anderen eine maligne Neubildung für vorliegend erachteten. Alle Organe, ausser dem Larynx, erschienen gesund. Die Stimmlippen waren in grosser Ausdehnung ulcerirt; dagegen fehlten von Seiten der anderen Organe alle Symptome, der Allgemeinzustand des Patienten hatte nicht gelitten, im Sputum waren keine Tuberkelbacillen. Trotzdem wurde die Erkrankung des Kehlkopfes für eine tuberculöse gehalten und die befallenen Theile durch Laryngofissur entfernt.

EMIL MAYER.

68) **Blumenthal. Tracheotomie als Heilmethode bei der Kehlkopftuberculose. (W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii.)** *Medycyna. No. 48, 49. 1905.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Kehlkopftuberculose, bei denen Tracheotomie ausgeführt worden war. Im ersten Falle handelte es sich um einen 35 jährigen Phthisiker, bei welchem trotz des schlechten Allgemeinzustandes und elender Lebensbedingungen die Besserung etwa 1 Jahr lang dauerte. Im zweiten Falle operirte Verf. eine 23 jährige Kranke, welche im 7. Monat der Schwangerschaft und in sehr schlechtem allgemeinen Zustande sich befand, in Folge von Stenoseerscheinungen, bedingt durch tuberculöse Infiltration der hinteren Kehlkopfwand und der wahren und falschen Stimmbänder. In den Lungen waren unbedeutende Spitzenverdichtungen vorhanden. Nach der Operation besserte sich schnell der allgemeine Zustand der Kranken und sie gebar ein gesundes Kind. 5 Monate nach der Operation zeigte die Untersuchung des Kehlkopfes Verschwinden der Infiltrate und unbedeutende Verdickung der Stimmbänder.

Verf. hat ebenfalls mit günstigem Erfolge einen Kranken tracheotomirt, bei dem die Stenose durch spätsyphilitische Erscheinungen verursacht war, wie auch im Falle von Papillom des Larynx. In beiden Fällen konnte weder specifische Behandlung in dem ersteren und mehrmaliges endolaryngeales Operiren in dem zweiten Falle einen günstigen Erfolg liefern.

Verf. meint, dass der günstige Erfolg der Tracheotomie vielleicht auf einer passiven Stauung des Blutes im Kehlkopfe beruht, verursacht durch Immobilisation und Aufhören der Functionen des Organs.

A. v. SOKOLOWSKI.

69) **Hertz. Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (O tracheotomii w suchotach krtani.)** *Medycyna. No. 28—31. 1905.*

Nachdem Verf. auf Grund der neuesten Literatur die bis jetzt streitige Frage besprochen hat, beschreibt er eingehend 16 Fälle von Kehlkopftuberculose, welche er in der laryngologischen Klinik von Prof. Fraenkel in Berlin beobachtet hat und in deren Verlauf die Tracheotomie ausgeführt wurde. Sämmtliche Fälle verliefen ungünstig, denn von den 16 starb der grösste Theil der Kranken wenige Tage nach der Operation und nur bei einigen wurde das Leben um kurze Zeit verlängert. Auf Grund derartiger Misserfolge bezweifelt Verf., dass die Tracheotomie irgend einen positiven Erfolg auf den Verlauf der Kehlkopftuberculose ausüben kann und betrachtet dieselbe nur als ein palliatives Mittel, indicirt ist sie bei sehr ausgesprochener Larynxstenose, verursacht durch verschiedenartige tuberculöse Kehlkopfprocesse.

A. v. SOKOLOWSKI.

70) **v. Sokolowski. Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (Rozciecie tchawicy [tracheotomia] w suchdach krtani.)** *Medycyna. No. 38. 1905.*

In Bezug auf die casuistischen Mittheilungen von Hertz, welche sehr negative Resultate bei der Tracheotomie liefern, erwähnt der Verf., dass die Frage bis jetzt noch nicht vollständig gelöst ist und dass er selbst einige Fälle beobachtet hat, wo die Tracheotomie einen sehr günstigen Erfolg nicht nur auf den allgemeinen Zustand des Kranken ausgeübt hat. Verf. beschreibt zwei derartige Fälle, welche er noch im Jahre 1883 beobachtet hat, bei welchen nach vollzogener Tracheotomie

nicht nur der Geschwürprocess im Kehlkopfe eine Neigung zur Vernarbung annahm, sondern auch zugleich ausgebreitete, sehr diffuse Lungenverdichtungen ebenfalls stationären Charakter annahmen. Der Kranke hörte auf zu fiebern und konnte nach Verlauf von 6 Monaten nach vollzogener Tracheotomie das Krankenhaus mit einer bedeutenden Besserung verlassen. Im letzten Decennium sah Verf. meistens ungünstige Erfolge bei der Kehlkopfschwindsucht nach ausgeführter Tracheotomie, was Verf. dem Umstande zuzuschreiben geneigt ist, dass zeitig vorgenommene locale Behandlungen der Kehlkopftuberculose die Entwicklung bösartiger Formen von Kehlkopftuberculose, welche lebensgefährliche Kehlkopfstenosen verursachen, verhindert. Jedenfalls wäre es wünschenswerth, diese Frage an einem grösseren Material in Art von Sammelforschung näher zu bearbeiten. Schliesslich erwähnt Verf., dass in der polnischen Literatur schon im Jahre 1872 ein polnischer Arzt Namens Serkowski zuerst diese Frage erörtert hat auf Grund von zwei von ihm beobachteten Fällen von Kehlkopftuberculose mit Stenose verbunden, in welchen nach ausgeführter Tracheotomie eine bedeutende Besserung eingetreten war. Eine Kranke besserte sich derart, dass sie sogar zu arbeiten im Stande war und im 3. Jahre an recidivirender Lungentuberculose starb.

Ebenfalls berührte Srebrny im Jahre 1883 dieselbe Frage und beschrieb einen günstigen Fall von Kehlkopftuberculose, welchen er in der Schrötter'schen Klinik in Wien beobachtet hat, und wo die ausgeführte Tracheotomie einen sehr günstigen Verlauf nahm.

AUTOREFERAT.

71) **W. W. Wheelock. Operation und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Operation and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Lancet Clinic. 9. September 1905.*

Verf. schlägt vor: Laryngofissur, Cauterisation der infiltrirten oder ulcerirten Partien mit dem Paquelin oder Galvanocauter. Es ist rathsam, vorher zu tracheotomiren.

EMIL MAYER.

72) **J. Lépine. Tabische Larynxanfälle ohne bulbäre Veränderungen. (Accidents laryngés tabétiques sans lesions bulbaires.)** *Soc. de biologie. 21. November 1904.*

Es liegt der Sectionsbefund und das Ergebniss der histologischen Untersuchung vor.

A. CARTAZ.

73) **H. Barwell. Kehlkopflähmung und ihre diagnostische Bedeutung. (Laryngeal paralysis and their diagnostic value.)** *Lancet. 3. Juni 1905.*

Verf. behandelt die Symptome der verschiedenen Lähmungsformen mit besonderer Berücksichtigung des Semon'schen Gesetzes. Der Aufsatz ist illustrirt und bringt nichts Neues.

ADOLPH BRONNER.

74) **Chodzko. Ein Fall von Bleivergiftung mit Betheiligung des Kehlkopfes. (Przypadek zatrucia olowiowego z zajeciem krtani.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 7—10. 1905.*

In einem schweren und tödtlich verlaufenden Falle von Bleivergiftung, welcher ein 19 jähriges Mädchen betraf, und bei welchem sehr viele Muskeln und

Nerven afficirt waren (Polyneuritis saturnina), wurde auch laryngoskopisch beiderseitige Recurrensparese constatirt. Auf der linken Seite fast totale Parese, während auf der rechten noch schwache Function des Larynxmuskels beobachtet wurde.

Die Stimme war schwach. Es bestand Athemnoth und Dysphagie. Diese letztere war von Larynxödem abhängig. Die Kranke starb plötzlich. Autopsie wurde nicht ausgeführt.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **A. G. Tapia** (Madrid). **Ein Fall rechtsseitiger Hemiplegie des Kehlkopfes und der Zunge mit Paralyse des gleichseitigen Sternocleidomastoideus und Trapezius, gefolgt von vorübergehender totaler Hemiplegie der linken Körperhälfte.) (Un cas d'hémiplégie droite du larynx et de la langue avec paralysie du sternecléide-mastoïdien, et du trapèze du même côté, suivie d'hémiplégie totale passagère du côté gauche du corps.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1905.*

Mittheilung in der spanischen Academie für Medicin und Chirurgie, Sitzung vom 8 Februar 1904:

31 jähriger Toreador, kleine Stosswunde von einem Stierhorn an der rechten Seite des Halses, ein wenig nach hinten vom Unterkiefer; Patient wurde sofort aphonisch und konnte nur mit der grössten Schwierigkeit sprechen (Dysarthrie); desgleichen verspürte er eine grosse Schwierigkeit, seinen Speichel zu verschlucken; starke Blutung; Verlust des Bewusstseins 3 Stunden nach der Verletzung, was 36 Stunden anhielt; nach Rückkehr desselben war eine Paralyse des linken Arms und Beins und eine Gesichtscontractur der rechten Seite zurückgeblieben: die Augen konnten geschlossen werden. Die Sensibilität blieb intact. Die Beweglichkeit der Glieder kehrte langsam wieder, so dass 8 Monate nach der Verletzung keine Spur von Hemiplegie mehr vorhanden war. Die bitonale Falsetstimme ebenso wie die Dysarthrie und Dysphagie blieben bestehen, obgleich gebessert.

Nach Wiederaufnahme seines Berufs bemerkte Patient einen bedeutenden Kraftverlust in seinem rechten Arm und rasche Ermüdung verbunden mit Herzklopfen. Kurz darauf machte er hintereinander eine rechtsseitige Pneumonie mit Recidiven durch, welche eine beständige Dyspnoe zurückliess, so dass er seinen Beruf aufgeben musste.

Verf. weist aus den Symptomen nach eine Durchtrennung: 1. des rechten Hypoglossus und 2. des N. vagospinalis, und zwar muss diese unterhalb der Abgangsstelle des N. pharyngeus stattgehabt haben, da die Motilität des Gaumensegels intact blieb: andererseits muss die Durchtrennung unterhalb des Laryng. sup. stattgehabt haben, da die Sensibilität des Larynx erhalten blieb und das rechte paralytische Stimmband geradlinig gefunden wurde. Die Stimmbandparalyse in Intermediärstellung bewies eine vollständige Durchtrennung des Recurrens.

Zu den Störungen, welche aus der Durchtrennung des Vagospinalis resultiren, kann man die Palpitationen rechnen, welche den Patienten nach der Heilung der Hemiplegie überkamen, wenn er einem Stiergefechte beiwohnte, ebenso die Pneumonie; ebenso kann man aus dem Verhalten des Sternocleidomastoideus und der Schulter auf eine Durchtrennung des Access. Willisii schliessen.

Die totale Hemiplegie erklärt Verf. daraus, dass zu gleicher Zeit mit der

Nervendurchtrennung die Intima der Carotis interna, ohne dass diese durchschnitten wurde, beschädigt wurde und zur Bildung eines Thrombus Veranlassung gegeben habe, der sich später losgelöst, bis in die Caps. intern. fortgetrieben worden sei und die Hemiplegie der entgegengesetzten Seite hervorgebracht habe. Eine Herzaffection vor der Verletzung, welche die Embolie hätte veranlassen können, könne ausgeschlossen werden, ebenso die Annahme einer „hysterischen Hemiplegie".

BAYER.

76) **P. Schultz** (Berlin). **Die Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 1.*

Im Gegensatz zu Onodi, welcher bei Reizung gewisser Sympathicuszweige am Hunde Contraction der entsprechenden Stimmbandmusculatur beobachtete, stellte Schultz durch Experimente am Affen, Hund, Katze und Kaninchen fest, dass der Halssympathicus keine motorischen Fasern für den Kehlkopf enthält.

F. KLEMPERER.

77) **H. Cordes** (Berlin). **Neue Kehlkopfcüretten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 613.*

Kleinste, scheerenförmig schneidende Cüretten, bei denen das unterste Messerchen in das obere hineingezogen wird; durch die dabei erreichte Raumersparniss besonders zur Entfernung kleinster Tumoren vom Stimmbandrande (Sängerknötchen) geeignet; zu beziehen bei P. Pfau (Berlin).

F. KLEMPERER.

78) **Tóvölgyi. Ein neues Instrument zur äusseren Zittermassage des Kehlkopfes.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 3. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Sein Instrument besitzt zwei Branchen, deren knopfförmige Enden an die Seitentheile des Kehlkopfes angesetzt werden; die Mitte des Vereinigungsstückes trägt eine Stange, welche in den pistolenförmigen Halter des Elektromotors hineingesetzt wird. Verf. hat zweierlei derartige Instrumente construirt; das eine bewegt sich von vorn nach hinten, das andere seitlich.

v. NAVRATIL.

f. Schilddrüse.

79) **F. Blum. Gefässdrüsen und Gesammtorganismus.** *Pflüger's Archiv. CV. S. 626.*

Bei Hunden, denen Venen und Lymphgefässe der Schilddrüse unterbunden waren, tritt eine Steigerung der Stickstoff- und Phosphorausscheidung, sowie von Gallenfarbstoff im Urin auf: ähnliche Erscheinungen treten auch bei der Basedow'schen Krankheit auf. Weil nach Unterbindung der Schilddrüsenvenen Thyreoidismus auftritt, verwirft B. die Lehre von der inneren Secretion der Schilddrüse.

J. KATZENSTEIN.

80) **Peiser. Ueber experimentell erzeugte Veränderungen der Schilddrüsenstructur.** *Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte Breslau 1904. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 191.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

81) **A. Goodall. Vorläufige Notiz über eisenhaltiges Pigment in der Schilddrüse. (A preliminary note on the presence of pigment containing iron in the thyreid gland.)** *Lancet. 19. August 1905.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: In Fällen von Blutkrankheiten und bei Thieren, denen Phenylhydrazin injicirt worden ist, fand sich in der Schilddrüse Pigment. Der grössere Theil dieses Pigmentes giebt die freie Eisenreaction. Am häufigsten findet sich das Pigment im Bindegewebe zwischen den Vesikeln. Es ist auch in geringerem Maasse in den Gefässen vorhanden und findet sich auch in Zellen, die frei zwischen den colloiden Massen liegen. Am reichlichsten ist es in den zellreichsten Partien der Drüse vorhanden. Die Schilddrüse wurde in 6 Fällen schwerer Anämie untersucht. ADOLPH BRONNER.

82) **Csillag** (Budapest). **Acute Schwellung der Thyreoidea auf Jodkali.** *Wiener med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Bei einem Luetiker trat schon nach ganz geringen Jodkaligaben stets eine Anschwellung der Schilddrüse auf (3maliger Versuch). Andere Erscheinungen von Jodismus wurden nicht beobachtet. CHIARI.

83) **A. Gerdon. Ein weiterer Beitrag zur Pathogenese des Morbus Basedow. (A further contribution to the pathegenesis of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 4. November 1905.*

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist ein Beitrag zu der Thatsache, dass so viele Nervenkrankheiten in späteren Stadien, wenn Bulbärsymptome auftraten, sich mit Morbus Basedow compliciren. LEFFERTS.

84) **Frank H. Hartley. Thyreoidectomie wegen Morbus Basedow. (Thyreoidectomy for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1905.*

H. begründet die chirurgische Behandlung auf folgende Thatsachen: Der Morbus Basedow beruht ganz auf der Schilddrüse; es macht keinen Unterschied, ob die Secretion der Drüse vermehrt oder infolge Veränderungen im Blut, den Verdauungswegen oder dem Centralnervensystem, vermindert ist. Mit der Entfernung der Drüsengeschwulst schwinden auch die Symptome. Die völlige Exstirpation der Drüse hat selten Degenerationserscheinungen seitens des Centralnervensystems zur Folge: die acute Form dieser ist die Tetanie, die chronische Myxödem. Die Statistik spricht zu Gunsten der Thyreoidectomie. LEFFERTS.

85) **Thos. W. Huntington. Ein Ueberblick über die Endresultate chirurgischer Behandlung bei Morbus Basedow. (A review of the end results in cases of exophthalmic goitre treated surgically.)** *N. Y. Medical Record. 12. August 1905 und N. Y. Medical Journal. 4. November 1905.*

Verf. hat in den letzten 3 Jahren 9 Fälle chirurgisch behandelt. Ein Patient starb 12 Tage post operationem. Die Analyse der am Leben gebliebenen übrigen 8 Fälle ergiebt, was das Endresultat anbelangt, Folgendes: Exophthalmus war in 7 Fällen vorhanden gewesen und ist in 4 jetzt ganz verschwunden, in 3 erheblich gebessert. Die Tachycardie verschwand in allen Fällen wenige Wochen nach der Operation; dasselbe gilt von den nervösen Erscheinungen. Recidive der

Schilddrüsenhyperplasie zeigten sich in einem Falle und erforderten 30 Monate nach der zweiten noch eine dritte Operation. Verf. kommt zu dem Schluss, dass wie bei malignen Erkrankungen hier eine möglichst frühzeitige Operation indicirt ist. Die Exstirpation soll gemacht werden, bevor noch destructive Veränderungen der Gewebe eingetreten sind, bevor die Function wichtiger Organe erheblich gelitten hat und die Constitution des Patienten durch chronische Intoxicationen von der Schilddrüse aus geschädigt ist.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

86) **Caselmann** (Erlangen). **Secundäre Oesophagustuberculose im Anschluss an Tuberculose des Larynx.** *Dissertation. Erlangen 1905.*

Zu den 28 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Oesophagustuberculose fügt Caselmann einen weiteren hinzu, der eine 50jährige Frau betraf mit Lungen- und Kehlkopftuberculose. Bei der Section fand sich, dass die tuberculöse Ulceration vom Kehlkopfeingang beiderseits bis an den Recessus piriformis heranging, auch an der Rückwand des Oesophagus fand sich eine unregelmässige flache Ulceration. Offenbar war die tuberculöse Infection durch Fortschreiten des Processes vom Kehlkopfeingang aus entstanden.

SEIFERT.

87) **Kirmisson** (Paris). **Extraction von Fremdkörpern des Oesophagus mit dem Kirmisson'schen Haken. (Extraction de corps étrangers de l'oesophage avec le crochet de Kirmisson.)** *Société de Chirurgie. 31. Mai 1905.*

Es handelt sich um zwei Fälle aus der Praxis von Barnsby (Tours). Im ersten hatte ein 16jähriges Mädchen ein Zehnfrancstück verschluckt. Die Versuche mit dem Graefe'schen Münzenfänger waren ergebnisslos und erschwerten die Situation insofern, als danach das Schlucken ganz unmöglich wurde. Mit dem Kirmisson'schen Instrument gelang die Extraction in Narkose leicht.

Im zweiten Falle hatte ein 7jähriges Mädchen einen Knopf verschluckt, der nach Wochen, nachdem andere Mittel vergeblich angewandt waren, mittels des Hakens extrahirt wurde.

Dazu kommt ein Fall von Gaudier (Lille): Extraction eines Soustücks bei einem 6jährigen Kinde nach 36 Tagen und einer von Massei: Extraction eines Fremdkörpers nach 6 Monaten.

PAUL RAUGÉ.

88) **Winternitz. Ueber den practischen Werth der Oesophagoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 44.*

Demonstrirt 4 Fälle bei Kindern von $1^1/_2$—3 Jahren, bei welchen er einen grösseren Glasknopf, zwei Goldmünzen und eine Hosenschnalle bei Anwendung der Oesophagoskopie entfernte. Verf. meint, dass man spitzige Fremdkörper überhaupt nur mittelst Oesophagoskopie entfernen dürfte. Verf. gebrauchte noch die Oesophagoskopie mit Erfolg bei der Dilatation von hochgradigen Oesophagusstricturen, wenn die Einführung von Bougies per os theils infolge tiefen Sitzes der Strictur nicht ausführbar war. In diesen Fällen stellte er den verengten Theil im Oesophagoskope ein und vollführte nach vorausgegangener Gastrostomie die retrograde Dilatation.

v. NAVRATIL

89) **Freund** (Breslau). **Ueber eine Prothese für einen Theil des Oesophagus nach partieller Exstirpation des Larynx und Pharynxresection.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 72. Bd. 1904.*

Bei einem Patienten, bei welchem eine partielle Laryngo- und Pharyngotomie vorgenommen war, construirte Freund einen Obturator aus Guttapercha, mit Hülfe dessen nicht nur Flüssigkeiten, Milch, Thee etc, sondern auch drünnbreiige Speisen geschluckt werden konnten. Bevor noch weitere Verbesserungen an dem Obturator vorgenommen werden konnten, starb Patient an einer Carotisblutung.

SEIFERT.

90) **C. W. J. Westermann** (Haarlem). **Intrathoracale Oesophagusresection. (Intrathoracale oesophagus-resectie.)** *Handelingen X. Niederl. Natur- u. Med. Congress, Arnhem 1905.*

Beschreibung eines von W. operirten ungünstig verlaufenen Falles.

P. HELLAT.

91) **W. G. Terry. Excision des Cervicaltheils des Oesophagus. (Excision of the cervical portion of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1905.*

T. berichtet über einen Fall, in dem mittels eines Eingriffes beide Submaxillardrüsen, der Rest der Epiglottis, das Zungenbein, die vorderen $^3/_4$ des Oesophagus und die Schilddrüse in einem Stück entfernt wurden. Das hintere Viertel des Oesophagus wurde als Schleimhautbedeckung der Wirbelsäule zurückgelassen. Pat. hat schon vorher vier Operationen durchgemacht, zwei Laryngofissuren und zwei Laryngectomien. Pat. war am 40. Tage nach der Operation von dem Eingriff wiederhergestellt.

Drei und einen halben Monat später lautete der Bericht, dass Pat. alle Art Landarbeit verrichtete und an Gewicht zugenommen hätte. Die Trachea wurde durch eine silberne Dauercanüle offen gehalten. Die Speisen schluckt Pat. durch ein Gummirohr, das in den Oesophagus mündet.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Th. S. Flatau. Die functionelle Stimmschwäche (Phonasthenie) der Sänger, Sprecher und Kommandorufer.** Charlottenburg 1906. Bürkner's Verlag.

Die vorliegende Monographie behandelt eine Reihe von wichtigen Fragen und zwar auf Grund sorgsamer, langjähriger Beobachtung einschlägiger Fälle. Mit Recht verlangt Flatau, dass der Halsarzt nicht nur mit dem Kehlkopfspiegel und Auge, sondern auch mit dem Ohre diagnosticire, zumal da bei gewissen Stimmstörungen, insbesondere bei der functionellen Phonasthenie, welche diejenigen Formen von Functionshemmung oder von Functionsverlust umfasst, bei denen „keine mechanische Schädigung als erste oder fortwirkende Ursache der Störung nachweisbar ist", das Auge eine pathologische Veränderung am Stimm-

apparate als ursächliches Moment eben gerade nicht nachweisen kann. Die functionelle Phonasthenie tritt zumeist ausschliesslich beim Stimmgebrauche im Berufe, nicht ausserhalb desselben, auf, so dass z. B. phonasthenische Sänger oft noch Schauspieler werden können; doch kommen Ausnahmen vor. Die subjectiven Symptome der functionellen Stimmschwäche beziehen sich auf die Abnahme der Dauerleistung, der dynamischen Leistung, des Stimmumfanges; sodann auf die Sensibilität (Hyper-, Par-, Dysästhesie und daraus resultirende Phonophobie). Von objectiven Symptomen verdienen das phonasthenische Räuspern und Husten, ferner die erworbene asymmetrische Einstellung der Stimmlippen, die Hyperkinese bei der Intonation, die Ueberkreuzung der Aryknorpel, ferner als Folge (nicht etwa als Ursache) die Verdickung der Hinterwand besondere Beachtung für die Diagnose. Wichtig sind die Ausgleichssymptome, d. h. das vorübergehende Schwinden der Stimmschwäche während der Anwendung gewisser Maassnahmen (schwacher faradischer Strom, veränderte activ oder passiv bewirkte Zungen- oder Kieferbewegung, Compression des Kehlkopfs, Vibration, Druck mit dem Finger nach vorne und oben gegen die Valleculae des Sängers vom Munde aus und zugleich von aussen leichter Zug am Larynx mit der anderen Hand nach unten). Die Prognose soll immer günstig sein, wenn das faradische Ausgleichssymptom vorhanden ist. Aus der Aetiologie (quantitativer und qualitativer Missbrauch der Stimme) sei hier nachdrücklichst der bei weitem häufigste Cardinalfehler hervorgehoben, für den Flatau ein gutes Beispiel anführt, nämlich die Ueberschreitung der natürlichen Registergrenzen durch gewaltsame Ausdehnung besonders des Brustregisters nach oben, eine Singweise, die, wie Ref. sich mehrfach überzeugte, leider gerade neuerdings von einigen sogenannten „Stimmbildnern" aller Physiologie und Hygiene zum Hohn gar zur „Methode" („Einregistermethode") erhoben worden ist, und zwar nicht etwa für Männer-, sondern gerade für Frauenstimmen. Die beachtenswerthe Therapie Flatau's eignet sich nicht zum kurzen Referate. Sie besteht vorwiegend aus „phonischen Bewegungen mit bestimmt geordnetem und fortschreitendem phonetischen Material", therapeutischer Verwerthung der „Ausgleichssymptome" u. s. w. — Flatau macht, abgesehen von Hinweisen auf eigene frühere Arbeiten, keine Literaturangaben; ein Eingehen auf B. Fränkel's grundlegende Arbeit: „Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme" (Deutsche med. Wochenschr. 1887. No. 7) und die von ihm eingeführten Bezeichnungen „Mogiphonie" und „professionelle Phonasthenie" wird man erwartet haben und vermissen. — Das lehrreiche Buch ist bestens zu empfehlen.

Bukofzer.

b) **Charles H. Knight,** A. M., M. D., Professor der Laryngologie am Cornell University Medical College. **Die Krankheiten der Nase und des Halses.** Philadelphia. P. Blackistons Son & Co. 1903.

Den Inhalt des vorliegenden Buches bildet eine Reihe von Vorlesungen; es ist hauptsächlich für den Gebrauch der Studenten berechnet. Besondere Aufmerksamkeit ist auf die Krankheiten der Nebenhöhlen verwendet; auch das Capitel über die Deviationen der Nasenscheidewand ist gründlich und die verschiedenen in Betracht kommenden Operationsmethoden sind eingehend erörtert. In des

Verf.'s Beschreibung der Asch'schen Operation läuft ein gewichtiger Irrthum unter; wahrscheinlich sind auf ihn die erzielten schlechten Resultate zurückzuführen. Nachdem die beiden Incisionen, aus denen die vier Segmente resultiren, beschrieben worden sind, sagt Verf., „diese Segmente werden an ihrer Basis gebrochen, indem man sie mit der Septumzange kräftig umdreht. Dieser Vorgang bei der Operation erfordert Uebung der anzuwendenden Gewalt, denn der Erfolg hängt von seiner Gründlichkeit ab, und es ist überraschend, welchen Grad von Traumatismus diese Gebilde ohne irgend welche Empfindlichkeit aushalten können". Die Anweisungen sollten dahin lauten, dass nach der Incision der Finger in das Nasenloch der deviirten Seite eingeführt und kräftig nach der concaven Seite gedrückt und so die Segmente an ihrer Basis gebrochen werden sollen. Dann erst soll die Zange — jedes Blatt in ein Nasenloch — eingeführt werden und durch starken Druck die Lappen zusammengehalten werden; niemals aber soll dabei irgend welche gewaltsame Erschütterung angewandt werden.

Das Buch ist im Ganzen auf einen sehr conservativen Ton gestimmt; Verf. hat für die Meinungen anderer Autoren eine sehr wohlwollende Erwägung, bringt aber dabei seine eigenen Anschauungen durchaus nachdrücklich zur Geltung. Das Buch verdient im Ganzen die wärmste Empfehlung. Emil Mayer.

c) Herbert Richardson. Die Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. Mit 77 Illustrationen nach Originalzeichnungen. P. Blackistons Son & Co. Philadelphia.

In vorliegendem Buch ist der ganze auch für den Laryngologen in mancher Hinsicht sehr wichtige Gegenstand behandelt, und zwar giebt Verf. seine persönliche Erfahrungen und das Ergebniss eigener wissenschaftlichen Untersuchungen. Sehr gründliche literarische Angaben überheben den, der sich mit dem Thema beschäftigen will, der grossen Mühe, die umfangreiche Literatur des Gegenstandes durchzusuchen.

Das Buch ist gut geschrieben, trefflich illustrirt; sein Studium ist im höchsten Grade lohnend. Emil Mayer.

d) W. Zillacus. Die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopfe während verschiedener Lebensalter. (Utbredningen af Skif- och Cylinderepitheliel i Människans Struphuvad under olika Aaldrar.) Helsingfors 1905. 150 Seiten.

Nach einer kurzen geschichtlichen Uebersicht über die bisherige Entwicklung der zu behandelnden Frage berichtet Verf. über eine neue Methode, an makroskopischen Präparaten mittelst verschiedener Farbstoffe die gegenseitigen Ausbreitungsverhältnisse des Platten- und Cylinderepithels zu veranschaulichen. Als Färbemittel gebraucht Verf. für das Plattenepithel Pikrinsäure, für das Cylinderepithel Hämatoxylin. Von der Zuverlässigkeit der Methode hat sich Verf. in mehrfacher Weise — theils durch Zerzupfung und mikroskopische Untersuchung von Gewebsproben, welche den verschieden gefärbten Schleimhautbezirken entnommen wurden, theils durch Schnittserien und lineare Reconstructionen vorher bei

schwacher Vergrösserung gezeichneter Abschnitte der Grenze zwischen Platten- und Cylinderepithel — überzeugt.

Die mit Hülfe dieser Methode in Bezug auf die Ausbreitung der betreffenden Epithelarten im Kehlkopfe erzielten Ergebnisse weichen in mehrfacher Hinsicht von den über diese Frage bisher vorliegenden Angaben ab.

Das, was zunächst in die Augen springt, wenn man die Schleimhäute mehrerer nach der angegebenen Methode gefärbten Kehlköpfe betrachtet, sind die grossen Schwankungen, welche die Ausbreitung der beiden Epithelarten in verschiedenen Kehlköpfen darbietet. Dies gilt jedoch nur von dem oberen und mittleren Abschnitt des Kehlkopfes, oberhalb der Stimmbänder; unterhalb der letzteren ist das Verhältniss zwischen Platten- und Cylinderepithel in allen Kehlköpfen einigermaassen gleich.

Die nach älteren Angaben am Kehlkopfeingange ringsum vorhandene Randzone von Plattenepithel stellt keinen Randsaum mit einer auch nur annähernd regelmässigen Begrenzung, sondern vielmehr einen hochgradig unregelmässig gestalteten Bezirk dar, welcher sich bei einigen Individuen weit in den Kehlkopf hinein, manchmal bis zum Taschenbande, erstreckt, bei anderen dagegen nur eine beschränkte, sehr unregelmässig gestaltete Randpartie des an den Rachen grenzenden Kehlkopfabschnittes einnimmt. Stets aber greifen die aneinander stossenden verschiedenen Epithelgebiete mit grösseren und kleineren, unregelmässig gestalteten und durch entsprechende Buchten getrennten Zacken ineinander.

In sämmtlichen untersuchten Kehlköpfen von Kindern und Erwachsenen hat Verf. an der laryngealen Seite des Kehldeckels sowie an der Innenfläche der seitlichen Kehlkopfwände Inseln von Plattenepithel innerhalb des Cylinderepithelgebietes und umgekehrt Inseln von Cylinderepithel innerhalb des Plattenepithelgebietes angetroffen. Das Vorhandensein der beiden Arten von Epithelinseln gehört, nach Ansicht des Verf.'s, demnach zum normalen Bilde der Kehlkopfschleimhaut.

Die Angaben mehrerer Forscher über das Vorkommen von Plattenepithel am freien Rande des Taschenbandes entlang haben nur insofern Bestätigung gefunden, als manchmal einzelne Plattenepithelinseln am Taschenbande sich vorfanden und zum Theil auch auf den Randtheil des letzteren übergriffen, wodurch ein gewisser Theil des freien Randes einen Ueberzug von Plattenepithel erhielt. Eine Anordnung des Plattenepithels in Gestalt eines ausgesprochenen Streifens längs dem Rande des Taschenbandes, somit erinnernd an die Epithelverhältnisse der Stimmbänder, hat Verf. dagegen nicht beobachtet.

In Bezug auf den Plattenepithelüberzug der Stimmbänder hat Verf. keine nennenswerthen Abweichungen von den älteren Angaben nachgewiesen.

Um den Zeitpunkt festzustellen, zu welchem im Kehlkopfe des erwachsenen Menschen gewöhnliche Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels sich zuerst etablirt, hat Verf. die Epithelausbreitungsverhältnisse des fötalen Kehlkopfes untersucht. Da sich hierbei die Färbemethode mit Pikrinsäure und Hämatoxylin unbrauchbar erwies, weil das fötale Plattenepithel durch den letzteren Farbstoff theilweise mitgefärbt wird, hat Verf. acht Kehlköpfe, welche Föten im Alter von

4—9 Monaten entstammten, in Schnittserien zerlegt und an diesen Schnitten die Epithelausbreitung studirt.

Verf. hat in Uebereinstimmung mit früheren Forschern auf diesem Gebiete gefunden, dass das Cylinderepithel im fötalen Kehlkopfe einen verhältnissmässig grossen Flächenraum einnimmt, und zwar sich vom Kehlkopfe her noch ein Stück weit in den Pharynx hinab erstreckt.

Im Gegensatz zu der bisher vorherrschenden Ansicht, dass Inseln von Plattenepithel nicht auf der fötalen Kehlkopfschleimhaut vorkommen sollen, hat Verf. in den Kehlköpfen sämmtlicher dieser Föten sowohl Plattenepithelinseln innerhalb des Cylinderepithelgebietes als auch Cylinderepithelinseln innerhalb des Plattenepithels angetroffen und betrachtet daher das Vorkommen dieser beiden Arten von Epithelinseln als zum normalen Bilde auch der fötalen Kehlkopfschleimhaut gehörend.

Bei Untersuchung von Schnittserien durch den Kehlkopf einen Tag alter Kinder hat Verf. hier im Wesentiichen die gleichen Epithelausbreitungsverhältnisse wie beim Fötus constatirt. Dagegen hat in Kehlköpfen zweiwöchentlicher Kinder die Epithelausbreitung ein Uebergangsstadium des fötalen zum erwachsenen Typus dargeboten. Noch mehr nähern sich beim einmonatlichen Kinde die Epithelverhältnisse des Kehlkopfes den beim Erwachsenen vorherrschenden.

Bei etwas älteren Kindern konnte Verf. zur Veranschaulichung der Epithelvertheilung im Kehlkopfe sich wieder der combinirten Färbemethode bedienen, und zwar wurde hier die Zuverlässigkeit der Methode durch lineare Reconstruction des gefärbten und sodann photographirten Kehlkopfes eines zehnmonatlichen Kindes festgestellt.

Die Ausbreitung der beiden Epithelarten im Kehlkopfe hat bei Kindern im Alter von fünf Monaten bis zu fünf und einem halben Jahre keine erwähnenswerthe Abweichung von der beim erwachsenen Menschen vorliegenden Anordnung dargeboten.

Nach den Beobachtungen des Verf.'s unterliegt die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels auf der fötalen Kehlkopfschleimhaut von dem 4. Schwangerschaftsmonat bis zur Geburt und selbst ganz kurze Zeit nach dieser keinen wesentlicheren Veränderungen, während dagegen solche Veränderungen schon im Laufe der ersten Wochen nach der Geburt eintreten, worauf die aus ihnen resultirende Anordnung, mit individuellen Schwankungen, zeitlebens einigermaassen unverändert bestehen bleibt.

Den Grund für diese in den ersten Wochen des extrauterinen Lebens erfolgenden Epithelveränderungen sucht Verf. darin, dass die Stimmbildung und der Schlingact durch Reibung und Druck die Ernährung und das Wachsthum des Cylinderepithels störend beeinflussen, wodurch der Neigung des Plattenepithels zur Ausbreitung über benachbarte Flächenbezirke Vorschub geleistet wird. Die grossen Schwankungen, welche die Ausbreitung der beiden Epithelarten, bei Kindern und Erwachsenen, in verschiedenen Kehlköpfen aufweist, will Verf. der ebenfalls mit Reibung und Druck verknüpften Einwirkung zuschreiben, welche die bei Erkrankungen der Athmungswege (z. B. bei Bronchitis) hinzutretenden Schädlichkeiten — namentlich die unvermeidlichen auftretenden und häufig wiederholten

Hustenstösse — in individuell wechselnder Weise auf die Existenzbedingungen des Cylinderepithels ausüben.

Schliesslich macht Verf. einige Angaben über die Art und Weise, wie Cylinder- und Plattenepithel aneinander grenzen. Jörgen Möller.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

36. Sitzung vom 27. September 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Schmiegelow: Ein Fall von grossem Fibroma pharyngis bei einem 5jährigen Mädchen.

Die Geschwulst, deren Symptome vor einem Jahre angefangen haben, füllt jetzt die ganze Pars oralis des Schlundes. Behandlung mittelst Röntgenstrahlen scheint einen günstigen Einfluss zu haben.

II. Vald. Klein stellt eine 30jährige Frau vor, an der er ein mehr als bohnengrosses Papillom entfernt hatte. Die Geschwulst ging vom vorderen Drittel des linken Stimmbandes aus und während der Inspiration war nach hinten nur ein kleiner Theil der Stimmritze für die Luftpassage frei. Trotzdem war die Athmung unbehindert.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

37. Sitzung vom 27. September 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Schmiegelow demonstrirte folgende Patienten:

1. Ein Fall von Neubildung im Os ethmoideum bei einem 38jährigen Manne, der Lues gehabt hatte. Beträchtlicher rechtsseitiger Exophthalmus, Dislocation des Bulbus nach unten vorn, Nebelsehen, ausgesprochene Stauungspapille. Es ist fraglich, ob es eine bösartige Neubildung oder eine luetische Affection sei.

2. Ein Fall von ausgedehnter luetischer Destruction des harten Gaumens und der Nase bei einem 13jährigen Knaben, irrthümlich wegen Tuberculose behandelt.

3. Fall von congenital-luetischer Affection des Gaumens und der Nase bei einem 16jährigen Mädchen.

II. Grönbech berichtete über 3 Fälle von chronischem Tonsillarabscess. (Der Vortrag wird anderswo in extenso erscheinen.)

Discussion: Schmiegelow, Bentzen.

Jörgen Möller.

---

f) American Laryngological Association.

XXVII. Jahresversammlung, abgehalten in Atlantic City.
1. bis 3. Juni 1905.
Vorsitzender: Clarence C. Rice.

Der Vorsitzende betont in seiner Eröffnungsrede die Bedeutung der oberen Luftwege als Eintrittspforte für Infectionen und räth zur Einsetzung besonderer Commissionen, denen das Studium vitaler Fragen, wie Tuberculose, Aetiologie des Heufiebers etc., obliegen soll.

Bryson Delavan: Die Behandlung der chronischen Kehlkopf- und Trachealstenose.

D. rühmt die Verdienste John Rogers' um die Verbesserung der Behandlungsmethode. Er hat die O'Dwyer'schen Tuben so modificirt, dass sie auch in Fällen angewandt werden können, in denen die gewöhnlichen Tuben nicht vertragen wurden. Er berichtet über 22 Fälle, in denen sich die Modification glänzend bewährte.

Braden Kyle (Philadelphia): Ein Fall von completer Adhäsion der Stimmbänder mit Stenose nach Diphtherie.

Es handelte sich um ein 6 jähriges Kind, das 9 Monate lang eine Tracheotomietube getragen hatte. Die Untersuchung zeigte, dass das Kehlkopflumen völlig verschlossen war. Das Kind war total aphonisch. Es wurde zuerst eine gefensterte Trachealcanüle eingeführt, um festzustellen, ob überhaupt Luft durch den Kehlkopf hindurchging, und es wurde festgestellt, dass dies auch nicht im geringsten Maasse der Fall war. Von der erweiterten Tracheotomiewunde aus wurden die zusammengewachsenen Stimmbänder mit einem kleinen gekrümmten Messer gespalten und dann ein Dilatator eingeführt. Eine besonders lange Intubationsröhre wurde in den Kehlkopf eingeführt und bis unterhalb der Tracheotomiewunde geschoben. Die Tracheotomiewunde wurde temporär mit Heftpflasterstreifen geschlossen und das Kind athmete frei durch die Intubationsröhre. Jedoch nach 3—4 Minuten wurde die Athmung schlecht und sistirte bald völlig; die Heftpflasterstreifen wurden entfernt und der Tubus herausgezogen. Ein zweiter Versuch hatte dasselbe Resultat. K. schloss, dass der Athemstillstand darauf zurückzuführen war, dass das Intubationsrohr auf den N. recurrens oder auf den Ramus internus des N. laryngeus superior drückte, er gab den Versuch, auf die beschriebene Art den Kehlkopf wieder luftdurchgängig zu machen, auf und machte später die Thyreotomie und entfernte die obstruirenden Gewebsmassen. Das Kind genas bald von der Operation, war auch im Stande, einige Worte auszusprechen und wurde aus dem Krankenhause entlassen. Es starb kurze Zeit darauf an einer Bronchopneumonie. In dem exstirpirten Gewebe fanden sich neugebildete Knorpelzellen.

John Rogers hat theils zufällig, theils auf experimentellem Wege gefunden, dass lange fortgesetzte Intubation, besonders mit Metalltuben, Fälle von hypertrophischer Laryngitis zur Heilung bringen kann.

Charles W. Richardson (Washington): Zwei Fälle von Gangrän der Tonsille.

Einer dieser Fälle ist vor 2 Jahren in einem Vortrag vor dieser Gesellschaft mitgetheilt worden. R. theilt auszugsweise auch die anderen drei als Gangrän der Tonsille in der Literatur beschriebenen Fälle mit. Die Diagnose ist leicht, der Geruch ist so charakteristisch, dass man ihn nie wieder vergisst.

Emil Mayer (New York) will wissen, ob bei der Behandlung Antistreptokokkenserum zur Anwendung gelangt ist.

C. F. Theisen (Albany) theilt einen Fall von Gangrän bei Diabetes mit.

Thomas Hubbard (Toledo) verfügt über 2 Fälle von Gangrän der Tonsille.

C. W. Richardson hat Serum nicht angewandt. Im ersten Fall war ein peritonsillärer Abscess die directe Ursache der Gangrän, im zweiten war die Aetiologie unklar.

Peyre Porcher (Charleston): Ruhe als Factor in der Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose.

P. räth, völlige Ruhe in allen Fällen von Kehlkopfschwindsucht oder jeder anderen ernsten Larynxerkrankung zu verordnen. Er theilt einen Fall mit, bei dem die völlige Ruhe neben entsprechender Medication ein Hauptfactor der Behandlung war und ein ausgezeichneter Erfolg zu verzeichnen war. Auf das Klima war keine Rücksicht genommen.

Walter F. Chappell (New York): Beziehung zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose.

Redner behandelt in längerer Ausführung die verschiedenen Wege, auf denen eine Infection von Kehlkopf und Lungen entweder aus einer gemeinsamen Quelle eintreten oder von einem erkrankten Organ auf das andere übergreifen kann.

An der Discussion betheiligen sich John O. Roe, J. Price Brown und J. H. Bryan.

Herbert S. Birkett (Montreal): Weiterer Bericht über einen Fall von Lupus des Rachens und Nasenrachens.

Die erste Mittheilung über den Fall erfolgte vor der Gesellschaft in der Sitzung von 1904. B. sah den Patienten im Mai 1904. Zu der Zeit waren die Erscheinungen, die in der Nase, Ohr und Nasenrachen vorhanden gewesen waren, völlig verschwunden; im December desselben Jahres war die Heilung noch andauernd. Es bestanden nur noch an Stelle der früheren Veränderungen feine lineare Narben. Dagegen fanden sich Schwellung und Infiltration der Epiglottis und deren Oberfläche besät mit stecknadelkopfgrossen Infiltraten. Die Epiglottis war derart geschwollen, dass sie in der Ruhelage einen direct gegenüberliegenden Punkt der hinteren Rachenwand berührte. An diesem Theil des Pharynx konnte man ein kleines Ulcus constatiren. Von diesen neuen Veränderungen in seinem Halse wusste Patient absolut nichts. Es wurde damit begonnen, eine Bestrahlung mit X-Strahlen einzuleiten. Sie wurden auf die äusseren Partien des Halses, die der erkrankten inneren Region entsprach, gelenkt, und zwar geschah die Behandlung

einmal die Woche; die Sitzung dauerte anfangs 10, dann 20 Minuten. Der Zustand der Epiglottis besserte sich zusehends und das Geschwür an der hinteren Pharynxwand verkleinerte sich erheblich. In einem anderen Falle von Lupus der Nase mit Zerstörung des Septums und Affection der Epiglottis wurde gleichfalls eine Behandlung mit X-Strahlen eingeleitet. Auch hier konnte bei einer jüngst vorgenommenen Untersuchung constatirt werden, dass die Affection verschwunden war, nur war die Epiglottis zur Hälfte zerstört.

An der Discussion betheiligten sich E. Mayer, Swain und W. Casselberry.

Fletcher Ingals (Chicago): Intranasale Drainage der Stirnhöhle.

I. stellt vier Fälle vor, an denen er die Technik seiner Methode und deren Resultate demonstrirt. Die Behandlungsart ist nicht absolut zuverlässig, jedoch sehr wirksam und verursacht keine Secretion. Er empfiehlt sie in geeigneten Fällen, nachdem eine freie Drainage bewerkstelligt ist, und als einen wesentlichen Factor bei der Behandlung jedes Falles. Er hat ein besonderes Instrument angegeben, welches bei der Operation, deren Gang er genau beschreibt, gute Dienste leistet.

Bryan hält die Methode in ausgewählten Fällen für anwendbar. Wenn wir mit einer Sonde in die Stirnhöhle gehen, so wissen wir nie sicher, ob wir wirklich in der Höhle sind; auch weiss er nicht, wie es möglich ist, durch solch eine Oeffnung hindurch zu curettiren. Wenn eine passende Drainageröhre gefunden werden könnte, um die Oeffnung lange genug offen zu halten, so könnte eine Heilung erfolgen.

Coffin (New York) hält die Methode für uncomplicirte Fälle geeignet.

Swain (New Haven) glaubt, dass, wenn die Stirnhöhlenöffnung sehr weit wäre, die Gefahr der Reinfection besteht.

Casselberry (Chicago) hat die Operation in Narkose mit einem modificirten Ingals'schen Instrument vorgenommen.

Ingals hält eine Gefahr für ausgeschlossen, auch wenn das Instrument in eine Siebbeinzelle dringt. Es ist ihm gelungen, Fälle von 10 und 15jähriger Dauer durch einfache Drainage und Ausspülung zu heilen.

Payson Clark: Larynxpapillome bei Kindern.

C. berichtet über 14 interessante Fälle. Die beste Behandlungsmethode ist die Tracheotomie, ohne dass man an die Beseitigung der Geschwülste herangeht. Ist das Kind dann in ein Alter gelangt, wo das Wachsthum der Geschwülste sich erschöpft, so könnten Versuche zu deren Beseitigung gemacht werden.

Swain berichtet über ein 4jähriges Kind, bei dem er im Laufe von 6 bis 8 Jahren die Papillome entfernte und wo sie im 15. Lebensjahre ganz verschwunden waren. In einem anderen Falle dagegen traten stets Recidive auf und erst nachdem die Thyreotomie gemacht war, trat Heilung ein.

Ingals hat kürzlich ein 2jähriges an Papillomen leidendes Kind durch den Killian'schen Tubus operirt; er musste jedoch zuerst die Tracheotomie vornehmen. Es folgte eine Bronchopneumonie, nach deren Heilung die Tracheotomiecanüle entfernt wurde.

W. A. Casselberry kann sich nicht entschliessen, die Tracheotomie als Behandlungsmethode bei Papillomen anzuerkennen.

Payson Clark glaubt, dass die Tracheotomie viel weniger Risiko biete als wiederholte Thyreotomien.

Gordon King (New Orleans): Fremdkörper des Oesophagus.

Bericht über zwei Fälle. Im ersten Fall war der Fremdkörper ein Messingknopf, der mittels der Zange entfernt wurde. Im zweiten Fall musste bei einem 44 jährigen Mann zur Entfernung eines Knochenstückes die Oesophagotomie gemacht werden. Patient befindet sich noch wegen eines Brustfellempyems, das sich nach der Operation entwickelte, in Behandlung. K. protestirt gegen den unkritischen Gebrauch des Graefe'schen Münzenfängers, der nur in geschickten Händen und in ausgewählten Fällen angewandt werden soll. Er eigne sich nur für flache rundliche Fremdkörper, wie Knöpfe und Münzen. K. ist ein Anhänger der Oesophagoskopie.

J. Gleitsman rühmt den Werth des Killian'schen Bronchoskops.

Logan hat stets mittels der X-Strahlen die Lage des Fremdkörpers feststellen können.

King findet, dass es am besten ist, mittels einer kleinen elektrischen Lampe Licht durch den Tubus zu werfen.

Simpson (New York): Kehlkopfdiphtherie bei einem Erwachsenen als Complication von Cerebrospinal-Meningitis.

Der Fall beweist, dass die entsprechenden Bacillen nicht nothwendig Antagonisten sind.

Thomas J. Harris: Papillom des Nasenrachens, ein Epitheliom vortäuschend.

Bericht über einen Fall und kurze Erwähnung von drei anderen in der Literatur vorhandenen Fällen.

Kehlkopffibrom bei einem Kind von drei Jahren; Tracheotomie; Laryngofissur mit nachfolgender langdauernder Intubation.

Fälle von Kehlkopffibrom bei Kindern sind selten und Redner hat keinen Fall auffinden können, wo eine so starke Dyspnoe die Folge war, dass die Tracheotomie nöthig wurde. Nachdem K. in seinem Falle die Laryngofissur zur Entfernung der Geschwulst gemacht hat, ist er zur Ueberzeugung gekommen, dass es besser gewesen wäre, die Exstirpation auf intralaryngealem Wege mittels einer Dundas-Grant'schen Zange vorzunehmen, obwohl man dabei natürlich mit der Möglichkeit einer Verletzung der Stimmbänder rechnen muss. Zur Zeit ist das Kind völlig wiederhergestellt.

Pasyon Clark glaubt, dass in diesem Falle das Kirstein'sche Autoskop sehr am Platze gewesen wäre.

Bei einer Berathung über Nebenhöhlenerkrankungen wurden folgende beiden Fragen erörtert: 1. Welche Symptome machen bei Nasennebenhöhlen-

erkrankungen einen radicalen chirurgischen Eingriff erforderlich? 2. Welches sind die Ergebnisse der conservativen Methode verglichen mit denen der radicalen?

Oberkieferhöhle:

Robert C. Myles (New York) ist der Ansicht, dass radicale Methoden in allen Fällen von Knochennekrose, in allen Fällen von ausgedehnter polypöser Veränderung der Schleimhaut, in allen Fällen von Osteomyelitis am Platze sind. Fast alle Fälle von neoplastischen Geschwülsten erfordern ausgedehnte radicale Operationen. Je früher und vollständiger der Eingriff sei, desto besser seien die Resultate. M. hat mehrere hundert Fälle durch Eröffnung von der Fossa canina und der Alveole aus operirt und die vorderen Siebbeinzellen gründlich curettirt, jetzt diese Methode aber aufgegeben. Er hat sich von den guten Resultaten der conservativen Methode so überzeugt, dass er sie in jedem Fall — eventuell als Vorbereitung für ausgedehntere Maassnahmen — anwendet. Diese conservative Methode besteht in einer Entfernung der vorderen Sinuswand im Bereich des unteren Nasenganges — eventuell nach Abtragung der unteren Muschel — mit nachfolgender Ausspülung, gründlicher Curettage und Tamponade mit Jodoformgaze. Die Ausspülung wurde fortgesetzt, bis die Absonderung aufhörte. In einer Reihe von Fällen hat M. damit bessere Resultate erzielt, als mit den anderen Methoden.

George A. Laland berichtet über einen Fall, in welchem, nachdem die Behandlung von einer Alveolaröffnung aus ohne Resultat geblieben war, die vordere Wand fortgemeisselt wurde und nach Resection der unteren Muschel eine breite Oeffnung in der Nase angelegt wurde. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt und dann die äussere Wunde zugenäht.

Stirnhöhle:

Cornelius G. Coakley (New York) zählt folgende Symptome des acuten Stirnhöhlenempyems auf, die eine Eröffnung von aussen her erforderlich machen: 1. Oedem und Röthung des oberen Augenlides, begleitet von klopfenden Schmerzen über der Höhle mit der Tendenz, nach mehr als 24 Stunden nach Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel an Intensität zuzunehmen. 2. Deutliche Vorwölbung der Orbitalwand der Stirnhöhle. 3. Verdrängung des Bulbus nach unten und aussen, begleitet von Diplopie. 4. Bildung einer Fistel im oberen Orbitalwinkel, gekennzeichnet durch Schwellung, Röthung und Fluctuation. 5. Intensiver Supraorbital- und Frontalschmerz, der durch Drainage durch den Ductus nasofrontalis nicht gemildert wird, nebst Neigung zu Temperatursteigerungen. Bei 58 Fällen, die C. vom 1. Januar 1903 bis 1. Januar 1905 behandelte, genasen 54 völlig unter intranasaler Behandlung. Ein Fall endete tödtlich; 40 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde er zuerst gesehen und 23 Stunden darauf starb Patient an acuter Meningitis unter Symptomen stark vermehrten intracraniellen Druckes. In diesem Falle wurde das vordere Ende der mittleren Muschel amputirt und die Drainage schien gut zu sein.

Bei chronischer Stirnhöhlensinusitis muss radical operirt werden in folgenden Fällen: 1. Chronisches Empyem mit reichlicher Polypenbildung in der Nase; bei älteren Leuten oder solchen, die eine ausgesprochene organische Erkrankung des

Herzens, der Lungen oder Nieren haben, ist eine Radicaloperation nicht rathsam. 2. Bei schwerer acuter Exacerbation einer chronischen Erkrankung, wenn eines der oben angeführten Symptome eines acuten Empyems sich entwickelt. 3. Wenn die intranasale Behandlung nicht genügt, um ein Eindringen des Eiters in die Highmorshöhle zu verhindern, so muss, wenn der fötide Geruch und Geschmack des aus dieser stammenden Secrets den Patienten sehr belästigt, die Stirnhöhle radical operirt werden, um die Highmorshöhle zu heilen. 4. Sehr weite Stirnhöhlen mit vielen Septen und besonders solche mit Recessusbildung nach unten über das Orbitaldach — worüber die Röntgenuntersuchung Auskunft giebt. 5. Patienten mit enger Nasenhöhle. 6. Neurasthenische Patienten, bei denen eine langdauernde intranasale Behandlung unangebracht ist. 7. Bei vorhandener Fistelbildung.

W. Casselberry spricht über die aus der Literatur zusammengestellte Statistik der Gehirncomplicationen bei Stirnhöhlenempyem. Eine radicale Operation ist dringend nothwendig, wenn Erscheinungen seitens des Gehirns auftreten: andauernder Kopfschmerz, Schüttelfrost, Fieber, centrale Lähmungen etc. Die conservativen und intranasalen Maassnahmen sind für milder verlaufende Fälle reservirt. Für radicale Operation soll man sich auch dann entschliessen, wenn der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten unter der Eiterung leidet, wenn Knochenzerstörung, Abscessbildung, Fisteln vorhanden sind, ferner wenn der Ductus nasofrontalis nicht durchgängig ist, multiple Sinuserkrankung vorliegt etc. C. theilt kurz die Geschichte von 16 Fällen mit, die mit der conservativen Methode behandelt wurden: 6 leichte Fälle sind geheilt, von den übrigen 10 ist nur einer geheilt, zwei sind sehr gebessert, bei drei ist auch eine Besserung zu constatiren, ohne dass diese jedoch ganz befriedigend sind, bei den übrigen vier Patienten ist keine günstige Wirkung zu constatiren.

Siebbeinzellen:

John O. Roe (Rochester): Acutes Siebbeinempyem erfordert selten einen Eingriff, ausser wenn es sich um Exacerbationen eines chronischen Processes handle. Bleibt bei einem chronischen Empyem alle Behandlung mit medicamentösen Substanzen — antiseptisch und austrocknend wirkenden — ohne Erfolg, so muss zu radicalen Maassnahmen geschritten werden. Er berichtet über einen Fall von Empyem der hinteren Siebbeinzellen, in dem die erkrankte Region sehr schwer zugänglich war, schliesslich aber alles Krankhafte entfernt wurde und Heilung eintrat. Die Anwendung der scharfen Curette hält er für gefährlich, ausser in Fällen, in denen die Zellen mit polypoiden Massen angefüllt sind. In allen uncomplicirten Fällen können die Zellen mit der Grünwald'schen schneidenden Zange eröffnet werden; nur in Fällen, die mit Stirnhöhlenempyem complicirt sind, ist die Eröffnung von aussen nöthig.

John W. Farlow (Boston) hält chirurgischen Eingriff für nöthig bei starken lang anhaltenden Kopfschmerzen, Sehstörungen, Verdrängungen des Bulbus, Orbitalabscess, Entzündung der Meningen, Syphilis und Nekrose, hartnäckiger Polypenbildung, besonders wenn complicirt mit polypöser Degeneration der mittleren Muschel, Stirnhöhlenempyem, verursacht durch Ethmoidalerkrankung, Eiter in der

Highmorshöhle ethmoidalen Ursprungs, hartnäckige Formen der Siebbeineiterung, wobei Eiter in den Nasenrachenraum fliesst und Laryngitis, Bronchitis, Asthma etc. verursacht. Er hält Entfernung der mittleren Muschel mit nachfolgender Eröffnung und Curettage der Zellen bei fast allen Fällen für ein befriedigendes Verfahren, selbst bei schweren Formen, wenn auch ein gewisser Grad von Secretion noch bestehen bleibt. Von aussen ist seiner Ansicht nach zu operiren, wenn ein Orbitalabscess vorhanden ist oder der Eiter droht, sich einen Weg nach aussen zu bahnen. Auch Fälle von Syphilis mit Nekrose machen zur Entfernung des erkrankten Knochens eine Operation von aussen nöthig.

Keilbeinhöhle:

Gleitsmann (New-York) behandelt die Symptomatologie des acuten und chronischen Empyems. Er erwähnt Fälle von secundärer Blutung, primäre Blutungen sind sehr selten, es werden davon nur 8 Fälle erwähnt.

Passmore Berens (New-York) kommt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Acutes uncomplicirtes Empyem eignet sich für conservative Behandlung, vorausgesetzt, dass das Ostium der Keilbeinhöhle von der Nase aus zugänglich ist. 2. Acutes multiples Empyem mit Betheiligung der Keilbeinhöhle eignet sich gleichfalls für conservative Behandlung, vorausgesetzt, dass nicht durch anatomische Verhältnisse die Drainage verlegt wird. Anatomische Deformitäten in der Nase können in diesem Falle eine radicale Operation nothwendig machen. 3. Acutes oder chronisches Empyem kann bisweilen durch Entfernung der Ursache, nämlich der Siebbeinerkrankung geheilt werden. 4. Einfaches chronisches Empyem eignet sich, falls nicht erhebliche Veränderungen der Sinusschleimhaut Platz gegriffen haben, zu conservativer Behandlung. 5. Chronisches Keilbeinempyem erfordert, wenn es in Begleitung anderer Sinusitiden einhergeht oder wenn erhebliche Veränderungen der Sinusschleimhaut vorhanden sind, Radicaloperation, d. h. nicht nur Entfernung alles erkrankten Gewebes, sondern auch Beseitigung aller die Drainage hemmenden Hindernisse. 6. Die Tendenz der vorderen Sinuswand, sich wieder herzustellen, ist eine hinreichende Garantie für ihre möglichst vollständige Entfernung. 7. Der Verlauf wichtiger Gefässe in der Keilbeinregion ist ein starkes Argument für das Vorgehen durch die Oberkieferhöhle, falls diese ergriffen ist.

Theisen bevorzugt bei Stirnhöhlenempyem die Eröffnung von aussen.

Richards (Fall River) betont, dass eine möglichst weite Oeffnung nach der Nase zu gemacht und alle Siebbeinzellen entfernt werden müssen.

Freer (Chicago) empfiehlt für das Oberkieferempyem die Operation von der Nase aus.

Bryan (Washington) hat in der Mehrzahl der Fälle von Stirnhöhlenempyem eine Heilung durch die conservative Methode erzielt. Die Killian'sche Operation macht er nicht; denn er hat Fälle gesehen, bei denen eine sehr starke Deformität vorhanden war und bei denen auch die Heilung zweifelhaft war.

Coffin (New-York) hat in mehreren Fällen die Killian'sche Operation gemacht und bevorzugt sie für die mit Siebbeinempyem complicirten Fälle. Be-

züglich des Werthes einer Operation des Keilbeinempyems durch das Antrum hindurch hat er Zweifel.

Emil Mayer (New-York) macht auf die Fälle von acuter Stirnhöhleneiterung aufmerksam, die eine sofortige Operation von aussen her indiciren. Er beschreibt das im St. Sinai Hospital geübte Verfahren zur Aufnahme von Röntgenbildern.

Alexander W. Mac Coy (Philadelphia): Ein weiterer Beitrag zum klinischen Studium des Heufiebers und die Pollantinbehandlung.

Redner giebt seine Erfahrungen mit dem Dunbar'schen Serum wieder. Aus dem Verlauf der Discussion geht hervor, dass die Frage über den Werth des Pollantin noch als offen zu betrachten ist.

Charles H. Knight und James F. Mc.Kernon (New-York): Partielle Turbinectomie mit nachfolgender acuter Mastoiditis und Sinusthrombose.

Im Anschluss an ihren Fall sprechen Redner die Vermuthung aus, dass derartige Fälle nicht so sehr selten seien. Es wird auf einen Vortrag hingewiesen, den Packard in der vorjährigen Sitzung gehalten hatte. In dem mitgetheilten Fall war die Quelle der Infection schwer bestimmbar. Die gewöhnlichen Rücksichten in Betreff Reinlichkeit und Antisepsis waren beobachtet worden. Während des ganzen Verlaufs der Krankheit war weder Schüttelfrost noch Nausea oder Erbrechen vorhanden.

Thomas Hubbard (Toledo): Behandlung der acuten Entzündungen der Nasennebenhöhlen.

H. hat gefunden, dass eine Lösung von Kalibikarbonat in Kamphorwasser bei der Behandlung sehr wirksam sei. Bei schweren Entzündungen soll man feuchte Wärme in folgender Weise anwenden:

Man bedeckt die Augen mit trockenen Wattebäuschen und macht über das Gesicht Breiumschläge so heiss, wie sie vertragen werden können und wechselt die Umschläge stündlich viermal ungefähr 2 Stunden lang. Dann trocknet man das Gesicht ab und bedeckt es mit einer Maske aus gesteppter Watte, in die Löcher für die Augen geschnitten sind. Nach dieser Behandlung werden die Beschwerden bald erleichtert werden. Die Behandlung soll mit 2—4stündigen Unterbrechungen wiederholt werden. Bisweilen ist es nöthig, die Behandlung noch einige Zeit einmal täglich fortzusetzen. In den Intervallen zwischen den Wärmeapplicationen reibt man Gesicht und Kinn mit einem Vasogen-Kamphor-Chloroformpräparat ein und bedeckt es mit der Maske. Der Gebrauch einer Nasenrachendouche ist streng verpönt, ebenso die kritiklose Anwendung von kalten Nasensprays. Jede in die Nase eingespritzte Flüssigkeit soll warm sein. H. beschreibt eine Methode zur Anwendung von Douchen, bei der ein Herabfliessen der Flüssigkeit in den Nasenrachen vermieden wird und die sich für manche Fälle von Sinusitis vortrefflich eignet. Da bei jedem Schnupfen die Sinusitis zu Recidiven neigt, so muss in der Zeit nach dem Schnupfenanfall für freien Abfluss in der Nase gesorgt werden.

Arthur Amas Bliss (Philadelphia): Septumverbiegungen bei Kindern.

B. bespricht die Ursachen, Symptome, conservative und radicale Therapie

der Septumverbiegungen bei Kindern. Er zeigt Photographien von drei Gummiröhren, die als Stützen für das Septum nach Resectionen gedient hatten.

Harris spricht über die Methode, zur Beseitigung beginnender Septumverbiegungen die Zähne gerade zu richten.

Richards sieht die Aetiologie in entwickelungsgeschichtlichen Ursachen.

Price Brown: Er durchschneidet das Septum mit parallelen Incisionen oder indem er von hinten nach vorn es durchsägt, legt eine Gummischiene ein, bis diese von selbst ausgestossen wird, was in 2—3 Wochen erfolgt.

Emil Mayer hat die Erfahrung gemacht, dass die Gummieinlagen oft irritirend wirken. Eine der hauptsächlichen Ursachen für Deviationen sieht er in adenoiden Vegetationen, deren Entfernung oft zur Heilung führt.

E. F. Ingals hat bei seinen Patienten constatiren können, dass sie das Gummirohr in der Nase nicht vertrugen. Er meint, es müsste leicht sein, eine solides Gummistück in Wasser zu erweichen, dass es für den individuellen Fall passe.

C. H. Watson hält einfache Druckwirkung für die Beseitigung von Deformitäten nicht für ausreichend; es muss vielmehr zu diesem Zweck operirt werden.

C. W. Richardson glaubt nicht, dass eine Beseitigung der adenoiden Vegetationen die Entwickelung von Septumverbiegungen aufhält. Bei Kindern soll man sich vor einer Uebercorrection hüten. Wenn möglich, soll man bis zum 12. bis 14. Lebensjahre warten.

Bliss ist stets mit der Anwendung der Gummiröhren zufrieden gewesen.

Price-Brown (Toronto): Sarkom der Nase.

B. stellt einen Fall vor und berichtet über zwei andere. Im ersten Fall ist die Operation vor $10^1/_2$ Jahren gemacht worden und Patient befindet sich völlig wohl. Im zweiten handelt es sich um einen 50jährigen Mann, bei dem die Geschwulst von der linken Seite der Lamina perpendicularis ausging. Sie wurde wie im ersten Fall auf galvanokaustischem Wege entfernt. Bis jetzt sind zwei Jahre und neun Monate seit der Operation vergangen, ohne dass sich ein Recidiv gezeigt hat. Ueber den dritten Patienten ist bereits vor 2 Jahren berichtet worden. Pat. ist mehrere Jahre lang unter Beobachtung gewesen, der Tumor recidivirte mehrere Male, jedes Mal konnte jedoch eine mehrere Monate anhaltende Besserung erzielt werden. Nach dem ersten Eingriff war ein 4 Monate anhaltendes Intervall völliger Gesundheit, nach dem zweiten ein solches von 6 Monaten, nach dem dritten hielt die Besserung 9 Monate lang an. Augenblicklich ist keine Spur von Recidiv vorhanden. Jedes Mal war mit dem Galvanokauter operirt worden.

George B. Hope (New York): Tonsillotomie, die Grundlage für die Behandlung von Tonsillarerkrankungen.

H. ist für principielle Entfernung der Tonsillen, da sie keine Function erfüllen, sondern nur als Eingangspforte für Infectionen dienen.

Emil Mayer (New York): Ein ungewöhnlicher Fall von Oedema glottidis.

Patient war ein 51 jähriger Mann, der wegen Dyspnoe ins Krankenhaus ge-

bracht wurde. Er hatte chronischen Husten mit schleimig-eitrigem Ausfluss, der niemals blutig war. Syphilis war in der Anamnese nicht vorhanden. Die Dyspnoe trat plötzlich auf. Pat. konnte nur flüstern. Als er in das Krankenhaus gebracht wurde, war die Athemnoth sehr hochgradig; Lippen und Fingerspitzen waren cyanotisch. Es bestand profuser schleimiger Auswurf, der Athem war fötid, die Epiglottis konnte als starrer harter Körper gefühlt werden. Als M. ihn 2 Stunden nach der Aufnahme sah, war starke inspiratorische Dyspnoe vorhanden; bei jeder Inspiration hörte man einen gurgelnden Laut und grosse Quantitäten Schleim wurden ausgeworfen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine grosse glänzende Masse an der Zungenbasis auf der rechten Seite; sie füllte den ganzen Sinus piriformis auf dieser Seite aus und breitete sich über die Epiglottis in solcher Ausdehnung aus, dass nur auf der linken Seite ein schmaler Spalt zum Athmen blieb. Intralaryngeale Untersuchung war unmöglich. Es wurde eine acute septische Entzündung diagnosticirt. Nach vorheriger Cocainisirung wurde mit einem Hartmann'schen Kehlkopfmesser eine tiefe Incision gemacht, worauf sich eine Menge dicker blutiger übelriechender Flüssigkeit entleerte. Abwechselnd wurde ein Adrenalinspray (1 : 15000) und Dampfinhalationen angewandt. Die Athmung besserte sich allmälig und am zweiten Tage war jede Athemschwierigkeit verschwunden. Jetzt zeigte die laryngoskopische Untersuchung einen grossen weissen Sack da, wo das Oedem seinen Sitz gehabt hatte. Ein Theil davon wurde entfernt und die Untersuchung ergab die Anwesenheit von Staphylococcus albus und Streptococcus. Die Dysphagie wurde gleichfalls geringer und man sah nun eine solide Neubildung im Sinus piriformis, die drei Viertel der Epiglottis bedeckte, aber nicht an diese adhärirte und Athmung und Deglutition nicht erschwerte. Die Halsdrüsen waren nicht vergrössert. Pat. wurde entlassen und ambulatorisch weiter behandelt. Untersuchung zweier Geschwulstpartikel ergab nur Bindegewebe. Eine 6 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Mehr als die Hälfte der Epiglottis auf der rechten Seite war verloren gegangen und es hatte sich ein Adhäsionsband gebildet, das über den seitlichen pharyngo-laryngealen Raum dieser Seite verlief. Der übrig gebliebene Theil der Epiglottis auf der linken Seite stand aufrecht wie ein Zeigefinger und hier waren zwei Adhäsionsbänder vorhanden, die von der Epiglottis zur seitlichen Rachenwand gingen. Pat. schien sich vollkommen wohl zu befinden. Der interessante Punkt in dieser Krankengeschichte bestand darin, dass ein Oedem sich auf dem Boden einer hereditär syphilitisch erkrankten Epiglottis entwickelt hatte; letztere hatte niemals irgend welche Symptome gezeigt, ausser einem Husten, der 28 Jahre lang bestand. Pat. gab an, dass Flüssigkeiten beim Schlucken häufig während der letzten Jahre durch die Nase gekommen waren. Der Fall zeigt, wie durch tiefe Incisionen und Adrenalinanwendung die Tracheotomie eventuell vermieden werden kann.

Francis B. Packard (Philadelphia): Ein Fall von Vaccination der Nase.

Demonstration einer Photographie. Pat. hatte mit dem Finger die Impfpustel und dann die Nase berührt.

Walter F. Chappell (New York): Bericht über den weiteren Verlauf eines vor 2 Jahren demonstrirten Falles von Kehlkopfepitheliom.

Es war die Thyreotomie gemacht worden. Seitdem ist die Tracheotomie und Laryngectomie gemacht worden. Pat. geht es sehr gut, er unterhält sich auf 6 Fuss Entfernung.

Zum Vorsitzenden der nächsten Sitzung wird J. W. Gleitsman (New York) gewählt.

Emil Mayer.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Hofrath Prof. Dr. L. von Schrötter in Wien ist zum Ehrenmitgliede des Vereines für innere Medicin, sowie des ärztlichen Vereines in München ernannt worden.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien 1908.

Im Jahre 1908 werden es 50 Jahre sein, dass die klinische Laryngologie und Rhinologie durch Türck-Czermak in Wien begründet wurden. Es darf wohl angenommen werden, dass die Fachgenossen aller Länder Werth darauf legen, dass diese fünfzigjährige Jahreswende eines für die medicinische Wissenschaft so bedeutungsvollen Ereignisses nicht stillschweigend übergangen wird. Von dieser Ueberzeugung, sowie von einem naheliegenden localpatriotischen Gefühle geleitet, hat die „Wiener laryngologische Gesellschaft“ den Beschluss gefasst, in der Osterwoche des Jahres 1908 (d. i. von Dienstag dem 21. bis Samstag dem 25. April 1908) einen

Internationalen

Laryngo-Rhinologen-Congress

in Wien zu veranstalten. Bei diesem festlichen Anlasse werden wir die Gelegenheit finden, das halbhundertjährige Jubiläum unserer Specialwissenschaft in würdiger Weise zu feiern.

Das geschäftsführende Comité beehrt sich hiermit, zur Theilnahme an diesem Congresse einzuladen und bittet um gefällige baldige Zusage.

Wien, Jänner 1906.

Secretär:
Professor Dr. M. Grossmann,
IX., Garnisongasse 10.
Wien.

Präsident:
Professor Dr. O. Chiari,
I., Bellariastrasse 12.
Wien.

Die Türck-Czermak-Feier in Wien 1908 wird unter dem Ehrenpräsidium von Hofrath Prof. Dr. L. von Schrötter stattfinden.

American Laryngological Society.

The Twenty-eighth Annual Congress of the American Laryngological Association will be held under the Presidency of Dr. J. W. Gleitsmann, at Niagara Falls, on Thursday, May 31st: Friday, June 1st. and Saturday, June 2nd, 1906. The Headquarters of the Congress will be at the New Prospect House.

All Fellows desiring to present papers should send the titles thereof to the Secretary not later than May 1st. Papers should be prepared in duplicate so that a copy may be handed to the Secretary at time of reading.

At a recent meeting of the Council it was voted to recommend the following candidates for Active Fellowship in the Association:

Dr. W. L. Ballenger, Chicago, proposed by Drs. Casselberry and Swain.
Dr. C. R. Holmes, Cincinnati, proposed by Drs. Kyle and Mayer.
Dr. D. Crosby Greene. jr., Boston, proposed by Drs. Langmaid and Clark.
Dr. N. H. Pierce, Chicago, proposed by Drs. Ingals and Freer.
Dr. J. R. Winslow, Baltimore, proposed by Drs. Johnston and Hartman.

The circular containing full details of the Congress will be issued about April 15th.

Very truly yours,

James E. Newcomb, M. D.,
Secretary,
118 West 69th Street.
New York.

Eine Berichtigung.

In meinem Referat über einen Aufsatz von H. Tilley, No. 1, 1905, S. 12, ist versehentlich der in Anführungszeichen stehende Absatz, beginnend mit: „Die Infection —“ und endigend mit „vereitelt werden.“ Herrn Tilley zugeschrieben worden, während er thatsächlich ein Citat aus Grünwald's „Naseneiterungen“ darstellt.

James Donelan.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, April. 1906. No. 4.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Henry L. Swain. Die Localbehandlung bei Neurosen der oberen Luftwege. (The local treatment of neuroses of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 12. August 1905.*

Verf. zieht besonders die Krankheiten vom Typus des Heufiebers in den Kreis seiner Betrachtungen. Er glaubt, dass sehr viel durch tägliche Reinigung der Schleimhaut mit physiologischer Kochsalzlösung geschehen kann, um nach Operationen baldige Heilung herbeizuführen und chronische Hyperämie zu beseitigen. Unter Gebrauch von Douchen, Sprays, Borsäureinsufflationen kann einfache Hypertrophie allmälig abnehmen. Eingreifendere Maassnahmen sollten nur vorgenommen werden, wenn besondere Indicationen vorliegen; man soll sich hüten, das Flimmerepithel zu häufig zu verletzen. Heufiebersymptome sind am häufigsten auf Veränderungen an der mittleren Muschel, dem vorderen und oberen Theil des Nasenseptum zurückzuführen. Alles, was die Nasenpassage verlegt und die Athmung behindert, soll beseitigt werden. Es empfiehlt sich, Operationen nicht während der Heufieberperiode vorzunehmen, sondern sich auf einfache Localbehandlung zu beschränken.

LEFFERTS.

2) **B. M. Behrens. Beobachtungen über Katarrh und Prädisposition oder Reflextheorie versus Katarrhtheorie. (Observations on catarrh and praedisposition or reflex versus catarrh theory.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die Möglichkeit, durch Cauterisirung gewisser hyperästhetischer Zonen der Nasenschleimhaut die Circulationsverhältnisse im Auge, Ohr und oberen Luftwegen zu bessern, gestattet nur den einen Schluss, dass Reizung der Nervenfasern in der Nase den Hauptfactor bei der Entstehung einer reflectorischen Congestion abgiebt, während weiterhin die Thatsache, dass eine Verbesserung der Ernährungsbedingungen der Nase pari passu mit der Elimination der Hyperästhesie fortschreitet, beweist, dass die der schlechten Ernährung zu Grunde liegende pathologische Ursache nur in der Reflexcongestion zu suchen ist, die durch eine Parese des vasomotorischen Centrums bedingt wird. Die mit sensorischen und sympathischen

Nervenfasern reichlichst versehene Nasenschleimhaut ist von frühster Kindheit an den klimatischen Wechselfällen und den Einflüssen verunreinigter Luft ausgesetzt: dem Inspirationsstrom entsprechend finden wir daher die frühesten Anzeichen der Hyperästhesie an der mittleren Muschel. EMIL MAYER.

3) **Thomas H. Halsted. Angioneurotisches Oedem der oberen Luftwege. (Angioneurotic oedema involving the upper respiratory tract.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

Verf. theilt drei Fälle mit und giebt ein gutes Resumé über die Literatur des Gegenstandes. A. LOGAN TURNER.

4) **Leo Katz** (Kaiserslautern). **Bemerkungen zur Reflexepilepsie von Erkrankungen der oberen Athmungsorgane.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Unter Hinweis auf 3 in extenso angeführte Fälle und unter kritischer Besprechung der einschlägigen Literatur weist Autor darauf hin, wie schwierig oft die Differentialdiagnose zwischen Reflexepilepsie und Hysterie zu stellen ist, und giebt der Vermuthung Ausdruck, dass eine „grosse Anzahl der als Nasenepilepsie beschriebenen, geheilten Fälle auf das grosse Conto der Hysterie gehört“. Details müssen im Original nachgelesen werden. HECHT.

5) **Wendell C. Phillips. Bericht über einen Fall von Melanosarkom mit Erscheinungen in Nase, Nasenrachen, Mund, Pharynx und Larynx. (The report of a case of melanotic sarcoma with manifestations in the nose, nasopharynx, mouth, pharynx and larynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

6) **Sir Felix Semon. Eine Vorlesung über einige ungewöhnliche Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen. (A lecture on some unusual manifestations of syphilis in the upper air passages.)** *British Medical Journal. 13. Januar 1906. p. 16.*

In diesem vor der London Policlinic gehaltenen Vortrag geht Verf. auf eine frühere Publication von ihm über dasselbe Thema zurück. (Ueber einige seltene Symptome der Syphilis in Larynx und Trachea. Lancet 1882.) Wenn er auch den fest gegründeten Glauben an das System, nach dem die Syphilis in ein primäres, secundäres und tertiäres Stadium eingetheilt wird und für die ersten beiden Quecksilber, für das letzte Jodpräparate verordnet werden, nicht umstossen will, so hält er es doch für gerathen, darauf aufmerksam zu machen, dass es Fälle giebt, bei denen es sich empfiehlt, nicht zu sehr an dieser starren Eintheilung festzuhalten. Um dies zu illustriren, giebt er eine sehr detaillirte Beschreibung von vier Fällen, die er in seiner Privatpraxis beobachtet hat, über die sich im Rahmen eines Referates nur summarisch berichten lässt.

1. Frühform einer tertiären Syphilis des Halses und der Zunge: maligne Form. Pat. hatte vor einem Jahr einen harten Schanker gehabt und war mit grossen Hg-Dosen behandelt worden. Es traten keine Secundärerscheinungen auf; doch bestand eine sehr heftige Salivation. Es zeigten sich grosse Ulcerationen auf Tonsillen und Zunge, die Uvula wurde zerstört und im Gaumen

bildeten sich zwei Perforationen. Eine Autorität auf dem Gebiet der Syphilidologie erklärte, dass es sich um einen Fall von Syphilis mit phagedänischem Charakter handle und verordnete Jodkali; Patient war jedoch nicht im Stande, das Mittel in der gebräuchlichen Dosis zu nehmen. In diesem Stadium sah Semon den Fall und erklärte ihn für eine ungewöhnlich frühe Form von tertiärer Syphilis. Er riet dem Patienten, nach Aachen zu gehen. Dort wurde er mit Jodipin behandelt, doch gleichfalls ohne Erfolg. Der Aachener Arzt hielt den Fall für einen solchen von maligner Syphilis, bei denen Jodpräparate eine tuberculin-ähnliche Reaction im Gefolge haben. Es wurde eine Zittmann-Kur mit ausgezeichnetem Erfolg eingeleitet. Während 26 Tage nahm Patient Morgens 200 g des starken und Abends 200 g des schwachen Zittmann'schen Decocts, dann nahm er 10 Tage lang das Kobert'sche Sarsaparilladecoct und schliesslich wieder zwei Wochen hindurch das Zittmann'sche Decoct. Als Verf. den Patienten nach seiner Rückkehr aus Aachen sah, waren alle Geschwüre geheilt, sein Gesundheitszustand hatte sich erheblich gebessert und ist seitdem gut geblieben. Der Hausarzt hatte geglaubt, dass die schweren Symptome auf Mercurialvergiftung zurückzuführen seien.

2. Tertiäre Syphilis des Larynx und der Trachea mit nachfolgender Isolation der tertiären Syphilis im Nasenrachenraum. Es handelte sich um eine verheirathete Dame von untadligem Ruf. Sie war aphonisch; die linke Stimmlippe war fixirt und geschwollen und im hinteren Theil nach aussen gekrümmt. Das rechte Stimmband war von weisser Farbe und bewegte sich in normaler Weise. Im Sputum fanden sich keine Tuberkelbacillen. In der Trachea sah man eine grosse Strecke hinab eine rothe Vorwölbung, die auf der linken Seite stärker war und das Lumen verengte und Dyspnoe verursachte. Es bestand ein Hautausschlag. Trotzdem in der Anamnese jeder Hinweis auf Syphilis fehlte, diagnosticirte Semon eine gummöse Infiltration des Larynx und der Trachea. Unter combinirter Hg- und Jodbehandlung nahm der Stridor ab; später wurden Hg-Inunctionen nach Zeissl verordnet. Unter diesen Maassnahmen besserte sich der Zustand erheblich und die Besserung wurde durch eine Aachener Cur vervollständigt, nachdem inzwischen noch eine isolirte gummöse Infiltration im Nasenrachenraum aufgetreten war.

3. Frühzeitige fibroide Infiltration des Pharynx und Larynx in einem Fall von hartnäckig recidivirender secundärer Syphilis.

Pat. hatte Jahre hindurch eine grosse Neigung, von Tonsillitis und Pharyngitis befallen zu werden. Er acquirirte einen harten Schanker, der mit Hg behandelt wurde. Secundäre Erscheinungen waren kaum wahrnehmbar. Ungefähr 6 Monate nach der Infection wurde seine Stimme heiser und er bekam Dysphagie. Semon fand in dieser Zeit eine Plaque muqueuse auf der rechten Tonsille. Im Larynx sah man eine diffuse Verdickung der Epiglottis und der Aryknorpel; die Stimmlippen waren congestionirt. Dieser Zustand blieb trotz innerlicher Anwendung von Hg bestehen und Pat. wurde nach Aachen geschickt, wo er einer energischen Schmiercur unterworfen wurde. Er kehrte gebessert zurück, jedoch bald danach zeigten sich Plaques im Pharynx, eine Roseola der Haut und eine erhebliche Zunahme der Kehlkopfinfiltration. Es wurde nun das Kobert'sche Sarsaparilladecoct angewandt, jedoch ohne Erfolg. Verf., der sich bis dahin aus

Furcht vor einer Zunahme des Kehlkopfödems gescheut hatte, Jodkali zu geben, verordnete es jetzt mit Erfolg und Pat. wurde wieder hergestellt.

4. Tertiäre Syphilis des Kehlkopfs, sich besonders in periodischer Entzündung mit Bildung papillomatöser Excrescenzen zeigend.

Pat. litt lange Zeit hindurch an hartnäckiger Heiserkeit. Dreizehn Jahre zuvor hatte er einen harten Schanker gehabt, auf den häufige Hautauschläge und Zungengeschwüre folgten. Es bestand eine starke entzündliche Verdickung der Zunge, besonders am freien Rande derselben. Die Schleimhaut über den Aryknorpeln war entzündet und verdickt, der linke Aryknorpel teilweise fixirt und die Stimmlippen kolbig verdickt, aber nicht ulcerirt. Pat. wurde nach Aachen geschickt und dort durch eine Inunctionscur erheblich gebessert. Ungefähr 15 Monate später sah ihn Verf. wieder. Pat. hatte jetzt inspiratorischen Stridor und auch einige Erstickungsanfälle durchgemacht. Die laryngeale Verdickung und Geschwürsbildung hatte erheblich zugenommen und Semon erachtete den Fall als eine schwere fibröse syphilitische Laryngitis, die schliesslich wahrscheinlich Tracheotomie erfordern würde. Der Charakter der Erkrankung veränderte sich jedoch insofern, als an Stelle der tiefsitzenden fibrösen Infiltration periodisch auftretende blasse Excrescenzen von condylomatösem, häufiger jedoch papillomatösem Charakter an fast allen Theilen des Larynx aufschossen. Sie erschienen und verschwanden in merkwürdigster kaleidoskopartiger Weise. In mehreren Jahren, während deren Verf. den Patienten zeitweise aus den Augen verlor, wechselte der Zustand häufig, schliesslich musste jedoch auswärts die Tracheotomie vorgenommen werden und in einer Reihe von endolaryngealen Eingriffen wurde eine Menge laryngealer Geschwülste entfernt. Zur Zeit steht das linke Stimmband fast bewegungslos der Mittellinie angenähert und wird nur bei forcirter Inspiration leicht abducirt. In seinem vorderen Drittel ist es mit dem rechten Stimmband adhärent. Letzteres ist mit dem rechten Taschenband zu einer röthlichen Geschwulstmasse verschmolzen. Augenblicklich ist kein activer Krankheitsprocess im Larynx vorhanden und über ein Jahr lang sind keine activen Symptome von Syphilis zu verzeichnen gewesen. Trotzdem ist Semon der Ansicht, dass die Canüle vorläufig noch nicht entfernt werden darf. Verf. sieht in diesem Fall das ungewöhnlichste Beispiel von syphilitischer Erkrankung der oberen Luftwege, dem er je begegnet ist und er hat auch in der Literatur keinen ähnlichen auffinden können.

Der Vortrag schliesst mit einer epikritischen Betrachtung der vier mitgetheilten Fälle.

JAMES DONELAN.

7) **Moskovitz. Spätsyphilis der oberen Athmungsorgane und deren Behandlung.** *Orvosok Lapja. No. 38.*

Beschreibt die häufigsten Formen der Spätsyphilis der Nase, des Rachen und Kehlkopfes. Giebt dem Jod unbedingt den Vorrang vor dem Quecksilber.

V. NAVRATIL.

8) **B. Moncayo** (Valencia). **Behandlung der Syphilis. (Tratamiento de la siflis.** *Revist. Valencian de Cirug. Médic. No. 100. 1905.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

9) **J. A. Stucky. Syphilitische Erscheinungen in Nasenrachen, Ohr und Mundhöhle. (Syphilitic manifestations in naso-pharynx, ear and buccal cavity.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Klinische Beobachtung über Behandlung der luetischen Affectionen des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes, sowie der Nasenhöhlen. R. BOTEY.

10) **Stotzer** (Büren-Bern). **Das Alypin, ein neues Localanästheticum.** *Dissert. Bern 1905.*

Eingangs Besprechung der Theorie der Localanästhesie, welche das Ergebniss mechanischer (Druck, Osmose) und chemischer (Oxydationshemmung) Veränderungen im Nervengewebe wäre, sowie der Quaddelprüfung für Hautanästhesie nach Schleich. Das Alypin ist aus Spaltungsversuchen hervorgegangen, welche mit Cocain gemacht wurden. Es krystallisirt schön (?) und löst sich sehr leicht in Wasser. Die Lösungen sind vollkommen neutral und werden zu subcutaner Injection verwendet: z. B. $^1/_2$—1 ccm einer 1—5 proc. Lösung. Einspritzung bei Thieren in den N. ischiadicus mit $^1/_3$ ccm 1 proc. Lösung erzeugt nach 5 Min. totale Aufhebung der Reizbarkeit.

An Menschen wurde bei Zahnextractionen bis zu 15 Zähnen und kleinen Operationen mit den angegebenen Lösungen sehr befriedigende Anästhesie erreicht. Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Alypin ist dem Cocain für Localanästhesie ebenbürtig, bezügl. der übrigen Eigenschaften überlegen.
2. Alypinlösungen lassen sich ohne Zersetzung auf 120° auskochen.
3. Die Lösungen bleiben viele Monate lang gleich wirksam.
4. Alypin macht keine Aufregung, keinen Schwindel, keine Congestion.
5. Die Einspritzungen reizen die Haut nur wenig.
6. Das Alypin wird sich billiger stellen als das Cocain. JONQUIÈRE.

11) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Alypin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1905.*

Verf. äussert sich über die Eigenschaften des (von den Elberfelder Farbenfabriken producirten) neuen Localanästheticums Alypin sehr beifällig. Er hält es für einen vollwerthigen Ersatz des Cocains, dem es in Bezug auf anästhesirende Wirkung vollkommen gleichkäme. Dabei sei es weniger giftig und billiger. — Eine anämisirende Wirkung kommt dem Präparat nicht zu. ZARNIKO.

12) **Hennebert** und **Delstanche. Ueber das Aethyloform. (De l'éthyolforme.)** *La Clinique. No. 38. 1905.*

Dieses Product ist eine Mischung von Bromäthyl, Chloräthyl und Chlormethyl, Die Autoren haben sich bei ihren Versuchen der Maske von Lobjois bedient. Der Schlaf tritt nach 20 Secunden ein und dauert 30—40 Secunden. Plötzliches und vollständiges Erwachen ohne Nebenaffecte. Die Versuche scheinen bislang ziemlich befriedigende Resultate zu ergeben. BAYER.

13) **Fynaut. Ueber die Behandlung von Mund- und Zahninfectionen vermittelst Sauerstoffgas. (Du traitement des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux.)** *La Clinique. No. 46. 1905.*

F. bedient sich der von Thirier angegebenen Sauerstoffbehandlung bei

Mund- und Zahninfectionen wie insbesondere bei Zahncaries etc., giebt eine genaue Beschreibung seines Vorgehens. Er hat die Methode angewandt bei acuter Pulpitis, indem er vermittelst der Pravaz'schen Nadel den O auf die Pulpa strömen lässt, die kleine wenig schmerzhafte Operation wird leicht ertragen und schafft sofortige Erleichterung, bei penetrierender Caries IV. Grades, in 50 Fällen mit Erfolg; bei Zahnfisteln: in 22 Fällen Heilung ohne Recidive; im Durchschnitt genügen 5 Minuten von O-Insufflationen zur Radicalcur der Zahnfisteln; dieselben werden abwechslungsweise in die Zahnkanälchen und in die Fistelöffnung gemacht; ferner bei suppurativen Arthritiden, diversen Abscessen und Phlegmonen; die Pravaz'sche Nadel wurde in das infiltrirte Gewebe eingesteckt, der O injicirt, wodurch ein künstliches Emphysem hervorgerufen wird. Diese Methode setzte ihn in den Stand, schon wackelnde von Eiter umspülte Zähne zu erhalten.

BAYER.

14) **E. De Cneuville. Die Kohlensäurebehandlung der Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenaffectionen zu Spa. (La médication par le gaz carbonique, à Spa, des affections de la gorge, du nez, des oreilles et des yeux.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1905. La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 4. 1905.*

Der Autor behandelt in seiner Arbeit 1. die physiologischen Eigenschaften der CO_2, 2. die Bereitung und Entstehung der CO_2, 3. die Anwendungsweise und 4. die Eigenschaften therapeutischer Anwendungen derselben.

Diese Capitel sind in ihren physischen, chemischen und mechanischen und instrumentellen Einzelheiten ausgeführt. Bei den letzteren hat der Autor die allgemeine und locale Action des medicamentösen Agens auf die Specialaffectionen im Auge. Er führt einen Fall von Ozaena an, der dank warmer Pulverisationen mit dem Mineralwasser gefolgt von Kohlengasdouchen gebessert worden (?). Jedoch glaubt er nicht, von einer vollständigen Heilung sprechen zu können. — Er führt noch eine andere persönliche Beobachtung von mit CO_2 geheilter chronischer Rhinitis an und vervollständigt dieses Capitel, indem er die Anschauungen und Theorien der verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand wiedergiebt.

BAYER.

15) **E. Yonge. Ein elektrischer Apparat zur Vereinfachung der Hals- und Nasenuntersuchung. (An electrical apparatus for simplifying the examination of the throat and nose.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Der Apparat besteht in einer elektrischen Stirnlampe, die bei Stadtanschluss benutzt werden kann. Illustrirt. Angefertigt bei Woolley, Victoria Bridge, Manchester.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1905.*

Sondermann empfiehlt seine Saugmaske behufs Wegsammachung der Nase. Bei ganz kleinen Kindern, bei denen der Abschluss des Nasenrachenraumes weder durch Intonation der entsprechenden Vocale oder Worte, noch durch den Schluck-

act ermöglicht werden kann, wird ein genügender Abschluss meist schon durch das Schreien der Kinder erreicht, wobei der weiche Gaumen sich genügend fest an die hintere Rachenwand anlegt. Neben der mechanischen Reinigung tritt auch ein erhebliches Zurückgehen der Schleimhautschwellungen ein. Der Saugapparat ist von der Firma Kühne, Sievers und Neumann, Cöln-Nippes zu beziehen. Preis des Apparates für Kinder Mark 7,70. HECHT.

17) **O. Muck** (Essen). **Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten aus den Nebenhöhlen der Nase.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Modification der Sondermann'schen Methode in der Weise, dass eine nach Angaben des Autors angefertigte Saugflasche in den Introitus der einen Nasenseite luftdicht eingeführt und — unter entsprechendem Verschluss der anderen Nasenseite und des Nasenrachenraumes — etwaiges Secret angesaugt wird. Die Flasche ist in der Arbeit abgebildet und die Technik eingehend erörtert. HECHT.

18) **Arthur Honneth. Ueber den Werth des „Sondermann'schen Saugapparates„ zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 49. 1905.*

Honneth prüfte in der Eschweiler'schen Klinik die Sondermann'sche Methode nach und kommt zu dem Schlusse, dass der diagnostische Werth derselben ein vorzüglicher, dass dieselbe nicht nur die allgemeine, sondern auch die specielle topische Diagnose ermögliche. Autor berichtet in extenso über eine Reihe von Fällen, die er in zwei Gruppen gesondert, als „manifeste Empyeme" und „empyemverdächtige Fälle" bespricht. Bei letzteren Fällen ermöglicht der negative Ausfall der Saugmethode differentialdiagnostisch das Ausschliessen eines Nebenhöhlenempyems. In therapeutischer Hinsicht mag die Methode die Heilung akuter Sinuitiden begünstigen, eine Heilung chronischer Empyeme ist durch sie nicht zu erzielen. HECHT.

19) **C. A. L. Zegers** (Batavia). **Die Serumbehandlung des Heufiebers. (De serumbehandeling van de horikoorts.)** *Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië. XLV. 5.*

Während vasomotorische Coryza in Niederländisch Indien sehr häufig vorkommt, wird allgemein angenommen, dass Heufieber dort nicht vorkomme. Z. verfügt über zwei Krankengeschichten von Personen, die nur zur Zeit der Reisernte den ganzen Symptomencomplex zeigten. Die Giftigkeit der Reispollen für Heufieberpatienten ist in Dunbar's Laboratorium nachgewiesen worden. Uebrigens macht Z. darauf aufmerksam, dass in Indien die Periode der Grasblüthe niemals endet, und auch zahlreiche Blumen blühen, deren Unschädlichkeit in Beziehung zum Heufieber nicht nachgewiesen worden ist. Es ist also sehr gut möglich, dass manche Coryza nervosa dort wirkliches Heufieber darstellt. Es ist demnach ganz entschieden angezeigt, mit dem Pollantin zu experimentiren. Zur Zeit ist das Mittel in Niederl. Indien noch nicht zu haben.

Z. wiederholt dann aufs Wärmste seine frühere Empfehlung der Lermoyez-schen Atropin-Strychnin-Therapie. Von 42 Patienten hatten 28 (61 pCt.) voll-

ständigen und dauernden Erfolg dieser Medication, d. h. während wenigstens eines Jahres waren sie anfallsfrei geblieben. H. BURGER.

20) **P. H. van Eden** (Leeuwarden). **Heufieber. (Horikoorts.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1294. 1905.*

Verf. construirte sich einen Abschlussapparat für die beiden Nasenlöcher. Derselbe besteht aus einem nach Wachsabdruck angefertigten Gummiring, in welchen mittels eines metallenen Ringes ein Gaze-Watte-Filter hineingepresst wird. Das Filter wird ein oder 2 Mal pro Tag erneuert, und während dieser Procedur die Nase mit einem Wattepfropf verschlossen. Während dieser Verwechslung darf keine einzige Athmung durch die Nase gemacht werden. Mit diesem Apparat ist es v. E. gelungen, dieses Jahr zum ersten Mal in 12 Jahren, die ganze Heufieberperiode psychisch normal und fast ganz anfallsfrei zu bleiben.

H. BURGER.

21) **Stein. Die Dunbar'sche Antitoxinmethode der Heufieberbehandlung. (The Dunbar antitoxine method of treating hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

Eine nichts Neues bietende Auseinandersetzung über die Antitoxinbehandlung.

LEFFERTS.

22) **Hanau W. Loeb. Die Serumbehandlung des Heufiebers. (The serum treatment of hay-fever.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass das Dunbar'sche Serum gegen die lästigen Symptome der Krankheit von Wirkung ist, auch in Fällen, in denen kein eigentlicher Hinweis auf die Anwendung des Mittels bestehe. Ein aus dem Pollentoxin der Ambrosia und Goldrute hergestelltes Antitoxin wird in Amerika weit bessere Resultate haben, als das jetzt in Gebrauch befindliche. Die gewöhnlichen Heufiebersymptome, wie Jucken der Augen, der Nase und des Gaumens, Epiphora und Schnupfen lassen nach richtiger Anwendung des Serums in einigen Tagen nach; die anderen Symptome, wie Rhinorrhoe, Nasenverstopfung, die gewöhnlich von begleitenden Umständen abhängen, können ganz verschwinden oder werden doch meist gebessert. Jedenfalls lässt sich nicht leugnen, dass durch Dunbar ein grosser Schritt vorwärts gethan worden ist, wenn auch noch zahlreiche Probleme zu lösen bleiben. EMIL MAYER.

23) **G. B. Hope. Das Heufieber als specifische Ethmoiditis betrachtet. (Hay-fever considered as a specific ethmoiditis.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Verf. spricht die sich auf klinische Erfahrungen stützende Vermuthung aus, dass das anatomische Substrat des Heufiebers in einem entzündlichen Zustand der Siebbeinzellen zu suchen sei. EMIL MAYER.

24) **Lloyd S. Muckey. Heufieber und Asthma. (Hay-fever and asthma.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Verf. wendet sich gegen die Dunbar'schen Anschauungen. Er ist der Ansicht, dass die Anpreisungen des Heufieberserums, von dem es feststeht, dass

es nur ein Palliativmittel sei, als ein Specificum gegen die Krankheit erheblich nach „Commercialismus" riechen. In seinem Eifer lässt sich Verf. zu folgenden Ausführungen hinreissen: „Da der Vertreter der Toxintheorie mit dem Stempel der Autorität auf der Stirn zu uns kam, wurde er mit offnen Armen aufgenommen und sein Evangelium ohne Bedenken verschlungen. Wenn aus angeblich wissenschaflichen Vereinen zusammengesetzte Körperschaften sich mit derartigen Brodpillen tractiren lassen, blos weil sie „Made in Germany" sind und einen wissenschaftlichen Stempel tragen und wenn sie deren Verfertiger zum Ehrenmitglied ihrer Gesellschaften ernennen, ist es da ein Wunder, wenn die Laien der „Christian Science" zulaufen? „Christian Science" ist weit weniger gefährlich als Pseudo-Wissenschaft". (!!)

EMIL MAYER.

25) **E. B. Gleason. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay-fever.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Bei praktischer Anwendung lässt das Adrenalin sehr viel zu wünschen übrig, so dass es nicht zu empfehlen ist.

Verf. hat frisch bereitetes concentrirtes Acid. nitro-muriaticum ziemlich ausgiebig bei der Behandlung des Heufiebers angewandt. Die Säure soll in Dosen von 3—5 Tropfen, in einem halben Glase Wasser verdünnt, 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten genommen werden. Nach dem Einnehmen soll Pat. den Mund gründlich mit Wasser ausspülen. Wo das Mittel wirkt, zeigt sich dies innerhalb 48 Stunden in dem Nachlassen aller Heufieber-Symptome, so dass Pat., wenn er regelmässig die Säure einnimmt, seiner Beschäftigung ungehindert nachgehen kann. Wird aber einmal das Einnehmen vergessen, so zeigen sich in einigen Stunden die Symptome der Krankheit.

EMIL MAYER.

26) **Chas. H Knight. Bemerkungen über die Behandlung des Heufiebers. (Notes on the treatment of the hay fever.)** *N. Y. Medical News. 23. September 1905.*

Verf. legt in allen Fällen von Asthma grosses Gewicht auf die Untersuchung der Nasenhöhlen. In einigen Fällen von Heufieber hat sich ihm das Dunbarsche Serum bewährt; er verwirft den Gebrauch von Cocain und ist von Adrenalin nicht sehr eingenommen. Er hat mit gewissem Erfolg die Clarke'sche Lösung gebraucht.

LEFFERTS.

27) **A. Rose. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 11. November 1905.*

Kohlensäuregas wirkt vasoconstrictorisch, anästhesirend und antiseptisch. Verf. beschrebt die Wirkung auf die Nase wie folgt: Wenn das Gas in Berührung mit der Nasenschleimhaut gebracht wird, so erzeugt es ein zunächst prickelndes, durchaus erträgliches Gefühl, dem eine angenehme erfrischende Empfindung von Wärme und Trockenheit folgt. Die Untersuchung der Nasenschleimhaut zeigt die Sensibilität derartig reducirt, dass sonst schmerzhafte Cauterisationen keinen Schmerz verursachen; dann folgt eine Excitation der Nervenendigungen, die vasomotorische Dilatation und Hypersecretion der Drüsen verursacht. Danach wird die Thätigkeit der Nerven erschöpft, die Gefässe werden constringirt und es tritt wieder Anästhesie ein.

Die besten Resultate wurden erzielt bei der Behandlung hyperästhetischer Rhinitis besonders in der als Heufieber charakterisirten Form. Wenn die Anwendung der Kohlensäure die Coryza vasomotoria nicht völlig heilt, wird es in jedem Fall die entzündlichen Symptome erheblich verringern.

LEFFERTS.

28) **Fr. Blanc. Klinische Variationen in der chirurgischen Behandlung der Septumdeviationen. (Variations cliniques du traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen vorkommenden Arten von Deviationen; die Operationsmethoden theilt er ein in diejenigen, die das Septum durch combinirten Druck oder mittelst Fractur redressiren, dann die Methoden, nach denen das Septum incidirt und dann durch Röhrchen, Plättchen oder dergleichen immobilisirt wird und schliesslich die Resection eines Theils des Septums.

A. CARTAZ.

29) **Gustav Killian. Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand. (The submucous window resection of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Eine Beschreibung von des Verf. Operationsmethode, die aus den deutschen Originalarbeiten bekannt ist.

EMIL MAYER.

30) **Leon E. White. Resection des Nasenseptums. (Resection of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 12. October 1905.*

Verf. giebt zuerst einen Rückblick über die historische Entwicklung der Operationsmethoden. Die Zahl seiner eigenen Operationen beträgt 45. Für submucöse Injectionen bedient er sich einer $^1/_4$ proc. Cocainlösung, für die locale Application einer 1 proc. Wenn irgend möglich, wird die vordere verticale Incision gemacht; sie kann, wenn nöthig, nach hinten verlängert werden, sei es nach oben oder unten. W. räth, nicht bei Kindern unter 14 Jahren, alten Leuten, Tuberculösen zu operiren.

EMIL MAYER.

31) **M. Hajek** (Wien). **Einige Bemerkungen zu den Aufsätzen der Herren Dr. Karl Zarniko „Ueber die Fensterresection der Deviatio septi" und Hofrath Dr. E. Müller „Zur Technik der Krieg'schen Fensterresection".**

32) **Otto Freer** (Chigaco). **Zum Aufsatz von Dr. Moriz Weil „Ueber die submucösen Resectionen an der Nasenscheidewand".**

33) **Hermann Stolte** (Milwaukee). **Bemerkung zu Dr. Freer's vorstehendem Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 183 u. 186.*

Hajek spricht über den Werth der Erhaltung der Schleimhaut der convexen Seite und über die geschichtliche Entwickelung der Krieg'schen Operation. — Freer reclamirt, unterstützt von Stolte, die Priorität für die Construction des für die Operation geeignetsten Knorpelmesserchens.

F. KLEMPERER.

34) **Humblé. Deviationen der Nasenscheidewand. Behandlung. (Déviations de la cloison médiane du nez. Traitement.)** *Annales de la Soc. méd.-chirurg. d'Anvers. November-December 1905.*

H. theilt die Beobachtung von 4 Fällen mit, in welchen er die Hajek'sche

Operationsmethode zur Geraderichtung hochgradiger Nasenscheidewanddeviationen bei Obstruction der Nasenhöhle, welche krankhafte Erscheinungen von Seiten der Nase und des Ohres bedingt hatte, mit Erfolg ausgeführt hat.

BAYER.

35) **G. Gavello. Eine seltene Erkrankung der Rosenmüller'schen Gruben als Ursache von Foetor ex ore. (Una rara lesione delle fossette di Rosenmüller causa di alito fetido.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1905.*

Man fand bei der 58jährigen Patientin mittelst der Rhinoscopia posterior auf der rechten seitlichen Pharynxwand, gerade hinter und ein wenig oberhalb der hinteren Tubenwulstlippe einen gelblichen, zehnpfennigstückgrossen Fleck, einen kleineren auf der genau entsprechenden Stelle der linken Seite. Sonst in den oberen Luftwegen nichts anormales. Die aus Nase und Mund exspirirte Athmungsluft hat einen Geruch wie bei Rhinitis caseosa oder bei Syphilis necrotica der Nasenhöhle. Eine Sonde, die durch die Nase bis auf den gelben Punkt in der Rosenmüller'schen Grube eingeführt wurde, drang dort mehr als 2 cm tief in eine weiche Masse ein, welche die Grube ausfüllte. Es wurde constatirt, dass dort der Ursprung des fötiden Geruchs war. Es wurden nun die Rosenmüller'schen Gruben ausgelöffelt; der dabei zu Tage geförderte Inhalt war eine käsige, homogene, gelbgrüne, sehr fötid riechende Masse. Die Auslöffelung wurde mehrere Male wiederholt und dann die Grube mit Jod nachbehandelt. Nach einem Monat war die Heilung vollkommen; doch traten von Zeit zu Zeit Recidive auf, bis Patientin einer intercurrenten Pneumonie erlag. In den ausgekratzten Massen fand sich der Bacillus fluorescens putridus.

FINDER.

36) **M. Wunsch** (Berlin). **Ueber periodisch wiederkehrende Blutungen aus einer Rachentonsille unmittelbar vor Eintritt der Menstruation.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Die „Rachentonsille“, von der Verf. spricht, war eine Gaumentonsille, auf der er eine linsengrosse Stelle erblickte, die mit geronnenem Blute bedeckt war. Kurz zuvor wollte die Pat., wie jedesmal vor Eintritt der Menstruation, einen Esslöffel voll Blut ausgespieen haben.

ZARNIKO.

37) **P. Mc. Bride. Entzündung der Rachentonsille. (Inflammation of the pharyngeal tonsil.)** *Lancet. 14. October 1905.*

Fälle von lacunärer und folliculärer Tonsillitis der Rachentonsille sind sehr selten oder werden mindestens häufig nicht erkannt. Verf. erwähnt den Fall einer 25jährigen Frau; sie klagte über Halsschmerzen, Schüttelfrost, Fieber. Puls 120. Im Rachen war so gut wie nichts zu sehen, jedoch war das Rachendach mit einem grauen Belag, ähnlich einer Pseudomembran, bedeckt. Diese Symptome hielten 2 Tage lang an; vier Tage später sah man auf der Rachentonsille ein Exsudat, in dem sich zahlreiche Staphylokokken, keine Diphtheriebacillen fanden.

ADOLPH BRONNER.

38) **C. S. Means. Localisation der Tuberculose in der Rachentonsille. (Tuberculosis localized in the third tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

M. fand bei einem männlichen Erwachsenen auf der Luschka'schen Tonsille kleine Blutgerinnsel; es bestand kein Zerfall oder Geschwürsbildung. Ein

Theil der Tonsille wurde mit der Curette entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Tuberkelbacillen im Gewebe; im Sputum waren bis dahin keine gefunden worden.

EMIL MAYER

39) **Delsaux. Adenoide Wucherungen und Centrarespiratoren. (Végétations adénoides et contre-respiratoires.)** *La Presse Otolary. Belge. No. 11. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. Rhino-oto-laryngol. Gesellschaft vom Juni 1904.

BAYER.

40) **G. Prota. Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen. (Laringismo stridule e vegeatazioni adenoidi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. März 1905.*

Verf. führt 10 Fälle von Laryngismus stridulus (Pseudocroup) an, die illustriren sollen, dass die Anfälle durch die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen bedingt sein können, dass die Entfernung der letzteren die Anfälle zum Verschwinden bringt. Es wird nebenbei die Differentialdiagnose des Laryngismus stridulus gegenüber dem Stridor laryngis congenitus und den Stenosen des Kehlkopfes und der Trachea erörtert.

FINDER.

41) **G. Rancoulé. Ueber Athmungsinsufficienz bei Trägern adenoider Vegetationen. (De l'insuffisance respiratoire chez les adénoidiens.)** *Thèse de Toulouse. 1905.*

Verf. hat den Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Atmungscapacität studirt. Es sind bei den Schulkindern in Toulouse, von denen 8 pCt. adenoide Vegetationen hatten, diesbezügliche Untersuchungen angestellt worden, und es ergab sich, dass die Athmungscapacität bei ihnen um $^1/_5$ geringer war, als bei normalen Kindern.

A. CARTAZ.

42) **Donald M. Bastow. Adenoide beim Erwachsenen. (Adenoids in the adult.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

Die Erfahrungen des Verf.'s belaufen sich auf 57 Fälle im Alter von 20 bis über 40 Jahre. In den meisten Fällen konnte die Diagnose mittels der Rhinoskopia posterior gestellt werden, bisweilen musste aber auch die Digitalexploration zu Hülfe genommen werden. Die Geschwulst war meist ziemlich gross und entsprang gewöhnlich in dem Winkel zwischen hinterer Rachenwand und Rachendach. Sie war gewöhnlich weich, bröcklig, merkwürdig genug gerade bei den älteren Individuen. Männer und Frauen waren im Ganzen gleich betheiligt; unter den Patienten des dritten und vierten Jahrzehnts zeigte besonders das letztere ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, während im fünften Jahrzehnt das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Patienten 2 : 1 beträgt. In 61 pCt. der Fälle waren Symptome von Seiten des Halses vorhanden. Verf. meint, dass adenoide Wucherungen bei Erwachsenen häufiger sind, als gewöhnlich geglaubt wird. Sie bilden eine häufige Ursache des Nasenrachenkatarrhs und scheinen bisweilen auch zu hypertrophischer Rhinitis zu führen. Es sollte auf adenoide Wucherungen in allen Fällen von Ohrerkrankungen und Lungentuberculose untersucht werden.

LEFFERTS.

43) **H. Burger** (Antwerpen). **Die Statistik der adenoiden Vegetationen. (De statistiek der adenoïde vegetaties.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 19. 1905.*

Rapport für die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Siehe Bericht der Sitzung vom 28. April 1905 (Centralblat 1905, No. 12, S. 535). AUTOREFERAT.

44) **A. M. Davis. Eine Vorrichtung für die Operation der Nasenrachenadenoiden. (A device for the operation on postnasal adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juli 1905.*

Eine sinnreiche Vorrichtung, die transportabel an jedem gewöhnlichen Küchentisch anzubringen ist und ermöglicht, den Patientin ohne Schwierigkeit in die Trendelenburg'sche Lage zu bringen. LEFFERTS.

45) **St. Clair Thomson. Eine Curette für Adenoide. (An adenoid curette.)** *Lancet. 22. Juli 1905.*

Eine modificirte Beckmann'sche Curette mit einem gezähnten Gitter zum Festhalten der Adenoiden versehen. Der Handgriff ist breiter und soll wie ein Dolch gehalten werden. Angefertigt bei Mayer und Melzer. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

46) **St. Clair Thomson. Nasenrachenzange. (Post nasal forceps.)** *Lancet. 9. September 1905.*

Die Zange ist weit kürzer als die sonst gebräuchlichen; sie ist dem von Jurasz beschriebenen Instrument sehr ähnlich. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **K. Toldt jun. Asymmetrische Ausbildung der Schläfenmuskeln bei einem Fuchs infolge einseitiger Kauthätigkeit.** *Zoolog. Anzeiger. Bd. 29. No. 6. S. 176.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

48) **H. Higgins. Ist der Mensch „poltophagisch" oder „psomophagisch?" (Is man poltophagic or psommophagic?)** *Lancet. CLXVIII. 4264. p. 1334 u. 4265. p. 1417.*

Verf. bezeichnet mit Poltophagie Verschlingen der Nahrung ohne Kauarbeit, unter Psomophagie das Schlucken der Nahrung nach Verarbeitung durch Zähne und Speichel. Aus der Arbeit interessirt hier Folgendes: Verf. untersucht die Mechanik der Nahrungsaufnahme, um Menschen, besonders Kranke in der psomophagischen Art des Essens zu unterweisen. Er beschreibt Versuche an Menschen, bei denen die Bewegungen des Gaumensegels durch einen von der Nasenhöhle her eingeführten Hebelarm registrirt werden. Soll in der Mundhöhle positiver Druck hervorgebracht werden, so rückt das Gaumensegel vor, beim Saugen wird es zurückgezogen. 40—50 ccm Wasser können in die Mundhöhle aufgenommen werden, bei vorgeschobener Zunge nur 15—20 ccm. Beim Trinken wird geschluckt,

sobald 10—15 ccm Flüssigkeit in der Mundhöhle sind. Das Gaumensegel weicht beim Schlingen grösserer Flüssigkeitsmengen zurück, beim Schlucken kleiner Mengen rückt es vor. Aus den weiteren Mittheilungen über den „Appetit“, die „Sättigung“, die „Diät“ sei nur noch hervorgehoben, dass das Gefühl der Sättigung nicht zum kleinsten Theil auf Ermüdung der Kaumuskeln beruht.

J. KATZENSTEIN.

49) **W. Bath. Ueber das Verkommen von Geschmacksorganen in der Mundhöhle von Crocodilis niloticus Saur.** *Zool. Anzeiger. Bd. 29. No. 11. S. 352.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

50) **Sternberg** (Berlin). **Eine neue Methode zur klinischen Prüfung des Geschmackssinnes mittels eines Gustometers.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. 1905.*

Das Verfahren des Verf.'s besteht darin, dass ein schmeckendes Gas (süss — Chloroform; bitter — Aether; sauer — Essigsäure; salzig — vacat) durch ein ganz fein ausgezogenes Glasröhrchen auf die zu prüfende Stelle der Zunge geblasen wird. Er prüft für gewöhnlich nur süss und bitter und benutzt dazu einen Doppelapparat, bei dem durch einen Zweiwegehahn der von einem Doppelballon gelieferte Luftstrom entweder über Chloroform oder über Aether geleitet wird. Der Prüfung mit Gasen rühmt er mehrfache Vorzüge vor der mit schmeckenden Flüssigkeiten nach.

ZARNIKO.

51) **Sternberg** (Berlin). **Zur Untersuchung des Geschmackssinnes für klinische Zwecke.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1905.*

Eine wesentliche Erleichterung und Abkürzung der Geschmacksprüfung mit der gasometrischen Methode wird erzielt, wenn man gleichzeitig bilateral prüfen kann. Verf. beschreibt einen vervollkommneten Gasometer, der dies erlaubt. Mit seinem verbesserten Instrument vermag er auch ausser der qualitativen eine quantitative Geschmacksmessung auszuführen.

ZARNIKO.

52) **P. Ferrari. Wie verändert sich die Geschmacksempfindung bei kleinsten Dosen localer Anaesthetica? (Comment se modifie la sensibilité gustative pour les très petites doses des anesthétiques locaux.)** *Arch. Ital. de Biol. XLII. 3. p. 411.*

Sehr schwache Lösungen von Cocain, Chloral, Chloroform, Alkohol erhöhen die Geschmacksempfindlichkeit für bitter.

J. KATZENSTEIN.

53) **M. Ponzo. Ueber die Anwesenheit von Geschmacksknospen in einigen Theilen der hinteren Mundhöhle und in dem nasalen Theil des Rachens beim menschlichen Fötus. (Sur la présence des bourgeons gustatifs dans quelques parties de l'arrière-bouche et dans la partie nasale du pharynx du foetus humain.)** *Arch. Ital. de Biol. Vol. 43. p. 280.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

54) **Oskar Prym** (Bonn). **Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1905.*

Autor liess sich Sauggläser in der Art anfertigen, dass dieselben mit einem Rohre armirt wurden, dessen Ende nach Einführung zum Munde herausschaute und an dem ein einfacher Gummiballon zur Luftverdünnung angebracht wurde. Das flach gebaute Saugglas umschliesst die Tonsille, ohne Uvula und Velum zu berühren, sein freier Rand muss glatt sein. Autor wandte es in einer Reihe von Fällen an, es verursachte keine Schmerzen, Nachtheile wurden nie beobachtet, dagegen stets bedeutende subjective Erleichterung. Autor empfiehlt „die Saugtherapie als einen Hülfsfactor bei der Bekämpfung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen", räth jedoch, neben ihr die bisher gebräuchlichen therapeutischen Maassnahmen weiter anzuwenden. Die Technik ist eingehend in der Arbeit beschrieben.

HECHT.

55) **Vincent. Ueber die Häufigkeit der durch Spirillen und Bac. fusiformis verursachten Angina. (De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes.)** *Presse médicale. 29. März 1905. No. 29.*

Eine auf 221 Fälle aller Arten von Anginen gegründete Statistik ergiebt, dass die fuso-spirilläre Infection in einem Verhältniss von 2,26 pCt. zur Beobachtung kommt.

E. J. MOURE.

56) **Hahn** (Berlin). **Ueber Angina Vincenti.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ausführliche Darstellung des gegenwärtigen Standpunktes der Lehre von der Angina Vincenti.

SEIFERT.

57) **Jauquet. Die Vincent'sche Angina. (L'angine de Vincent.)** *La Clinique. No. 37. 1905.*

Allgemeine Revue. Die Affection besteht aus zwei Perioden: der pseudodiphtheritischen Periode und der ulcerösen Periode. Die Krankheit ist übertragbar und bedingt durch einen speciellen Mikroben: den Bacillus fusiformis von Vincent. Die Behandlung ist rein local.

BAYER.

58) **Martin Mayer** und **Oscar Schreyer** (Hamburg). **Zur Klinik und Aetiologie der Angina ulcerosa membranacea (Plaut-Vincent).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1905.*

Ein Krankheitsfall: Plaut-Vincent'sche Angina führt bei einem durch Skorbut geschwächten 23jährigen Seemann unter fortschreitender Nekrotisirung der Rachengebilde unaufhaltsam zum Tode. In den nekrotischen Partien neben anderen Bakterien der typische Befund des Bacillus fusiformis in Gemeinschaft mit Spirochaeten.

Im Anschluss an die Beobachtung besprechen die Verff. mit Benutzung der bisherigen Literatur die morphologischen und biologischen Verhältnisse der genannten Mikroorganismen und ihr Verhältniss zu einander. Sie neigen zu der Ansicht, dass der Bac. fusiformis nicht lediglich Saprophyt, sondern pathogen sei und lassen die Frage offen, ob der Bacillus und die Spirochaete verschieden-

artige in Symbiose vorkommende oder ob sie verschiedene Entwickelungsstadien eines und desselben Mikroorganismus seien. ZARNIKO.

59) **W. Pasteur. Ueber Pneumokokkenangina nebst Bemerkungen über einen tödtlich verlaufenen Fall. (On pneumococcal sore throat with notes of a fatal case.)** *Lancet. 27. Mai 1905.*

Diese Fälle werden oft übersehen. Es giebt zwei Arten, eine membranöse, die der Diphtherie ähnlich ist, und eine erythematöse, die der Scarlatina gleicht. Die Krankheit hält gewöhnlich 2—5 Tage an, bisweilen auch erheblich länger.

Ein $3^1/_2$ Jahre alter Knabe erkrankte plötzlich mit Halsschmerz, Dysphagie. Temperatur 39,5°. Der weiche Gaumen und die Rachenschleimhaut waren geschwollen. In 14 Tagen war ausgedehnte Membranbildung an diesen Theilen zu constatiren. Das Kind starb an Bronchopneumonie; es fanden sich keine Diphtheriebacillen, jedoch zahlreiche Pneumoniediplokokken. ADOLPH BRONNER.

60) **Pivert. Die ulcerösen Anginen und die Perforationen des Gaumensegels bei Scharlach. (Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Die Angina ulcerosa kann beim Scharlach als Angina praecox oder Angina tarda auftreten. Erstere Form ist die häufigere; sie ist durch blau-graue Membranen charakterisirt, die sich zuerst auf dem Gaumensegel zeigen, sich ablösen und eine Ulceration zurücklassen. Sie gehen allmälig auf die Uvula, die Gaumenbögen und Mandeln über. Wenn der nekrotische Process sehr tiefgreifend gewesen ist, so entsteht eine Perforation des Gaumensegels. Bei der zweiten Form zeigen sich die Ulcerationen häufig in der Zeit der Reconvalescenz.

Es giebt leichte ulceröse Anginen, die innerhalb weniger Tage verlaufen und leicht heilen. Bei den schweren Formen kann auch Heilung eintreten; bisweilen sind sie von ernsten Allgemeinerscheinungen begleitet, Adynamie, Drüsenschwellungen, und enden oft tödtlich.

Verf. räth zu Applicationen von Chlorzink, Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd, bei Allgemeinerscheinungen lauwarme Bäder und Seruminjectionen.

A. CARTAZ.

61) **W. Montgomery. Ein Fall von Staphylokokkeninfection der Tonsillen, einen Schanker vortäuschend. (An instance of staphylococcus infection of the tonsils simulating a chancre.)** *Canada Practitioner and Review. October 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

62) **Rottenbiller. Tonsillitis et Polyarthritis rheumatica.** *Orvosok Lapja. No. 27.*

Nach eingehender Uebersicht der einschlägigen Literatur führt R. aus eigener Praxis 29 Fälle an, in welchen sich einer Tonsillitis follicularis eine Polyarthritis rheumatica anschloss. v. NAVRATIL.

63) **T. Bobone. Ein Fall von beunruhigender secundärer Blutung nach Eröffnung eines peritonsillären Abscesses. (Un caso di inquietante emorragia secondaria dopo l'apertura di uno ascesso peritonsillare.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. No. X. 1905.*

Die Blutung trat am Tage nach der Eröffnung des Abscesses ein; es wurde circa 1/4 Liter Blut verloren. Heilung. FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

64) **W. G. Pugh. Eine Mittheilung über die Untersuchung von Culturen und Abstrichpräparaten aus Hals und Nase. (A note on the examination of cultures and smears from the throat and nose.)** *Lancet. 8. Juli 1905.*

Für die Sichtbarmachung der Babes-Ernst'schen Körperchen ist folgende Färbung die beste: Toluidinblau 1,0, Alkohol. absol. 20,0, Aq. dest. 1 Liter, dem 50 ccm Acid. acet. glaciale zugesetzt sind. ADOLPH BRONNER.

65) **A. Alfvén** (Schweden). **Ueber die Tenacität des Diphtheriebacillus bei verschiedenen Temperaturen. (Difteribacillens tenacitet vid olika temperaturen.)** *Hygiea. p. 31. 1905.*

Eine neue bacteriologische Arbeit. E. SCHMIEGELOW.

66) **Luigi Concetti. Die Antibakteriensera bei der Behandlung der Diphtherie. (I sieri antibatterici nella cura della difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Seit man gefunden hat, dass der Loeffler'sche Bacillus ein Protoplasmagift besitzt, das von dem Toxin verschieden ist und gegen das die Antitoxine wirkunslos sind, ist man bestrebt gewesen, Antibacteriensera herzustellen. Verf. nimmt die Priorität für Ivo Bandi in Anspruch, der solche Sera im hygienischen Institut in Siena herstellt und zwar erstens ein sogenanntes „bivalentes Serum", das sowohl antitoxisch wie antibacteriell wirkt und zur subcutanen Injection bestimmt ist und zweitens ein antibacterielles Serum, das zum localen Gebrauch, zur Aufpinselung auf die erkrankten Stellen bestimmt ist.

Verf. hat zusammen mit seinem Assistenten Valagussa diese Sera benutzt, sowohl zum localen Gebrauch im Pharynx, Nase, Conjunctiva, wie zur subcutanen Injection, wie zur Instillation in die oberen Luftwege durch das Intubationsrohr oder die Tracheotomiecanüle. Letztere Anwendungsweise empfiehlt er bei tracheobronchio-pulmonaren Complicationen, ebenso endolaryngeale Instillationen mittels einer Spritze beim nicht operirten Croup. FINDER.

67) **Enrico Gagnoni. Das antitoxisch und antibakteriell wirkende Antidiphtherieserum bei der präventiven und curativen Behandlung der Diphtherie mittels Injectionen und localer Application. (Il siero antidifterico a doppio potere antitossico ed antibatterico nel trattamento preventivo e curativo della difterite per inezioni e per applicazione locale.)** *Rivista Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Verf. hat bisher 31 Fälle von Diphtherie, darunter 10 Croupfälle mit dem bivalenten, antitoxisch und antibacteriell wirkenden im toscanischen Institut für

Serumgewinnung hergestellten Serum behandelt und ausgezeichnete Resultate erzielt. Die Injection hat ein Verschwinden der Pseudomembranen zur Folge und verhindert deren Neubildung; die Wirkung wird noch evidenter, wenn man nach Ablösung der Pseudomembranen mit dem Antibacterienserum, dem noch Desinficientien hinzugesetzt sind, die Schleimhaut bepinselt. Die Wirkung des Antibacterienserums beruht auf seinem Gehalt an Antikörpern.

FINDER.

68) **Maurizio Pincherle. Klinische Betrachtungen über die Anwendung des bivalenten und des baktericiden Sclavo-Bandi'schen Antidiphtherieserum. (Considerazioni cliniche sull'impiego dei sieri antidifterici bivalente e battericida Sclavo-Bandi.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Verf. hat im Ganzen 20 Fälle behandelt. Er hat sowohl mit der localen Anwendung des bactericiden Serums, wie mit combinirtem Gebrauch von subcutanen Injectionen des bivalenten Serums und localen Pinselungen mit bactericidem Serum eine rasche und energische Wirkung bei Pharynxdiphtherie und Larynxcroup erzielt, wenn nicht sehr verminderte Wiederstandsfähigkeit des Organismus oder schwere toxische Phänomene vorhanden waren. In letzteren Fällen versagte die Behandlungsmethode.

FINDER.

69) **L. C. Layson. Bericht über eine Reihe von Experimenten, um die antitoxische Werthabnahme von Antidiphtherieserum zu bestimmen. (Report on a series of experiments to determine the antitoxic depreciation of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical News. 23. December 1905.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass der antitoxische Werth des Antidiphtherieserums viel länger erhalten bleibt, als man bisher glaubte. Die meisten Sera behalten ihren antitoxischen Werth ungeschmälert oder nur sehr wenig herabgesetzt 2—5 Jahre lang; das Maximum der Werthabnahme beträgt $33^1/_3$ pCt., womit in den amerikanischen Laboratorien für Serumforschung gerechnet wird.

LEFFERTS.

70) **Heinrich Rosenhaupt** (Frankfurt a/M.). **Klinischer Beitrag zur Serumkrankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Bei einem 26 jährigen Manne, der mit 21 Jahren prophylaktisch 2 ccm Behringserum eingespritzt erhalten, ohne dass irgend eine Reaction damals wahrgenommen worden wäre, wurden wegen bestehender Rachendiphtherie 16 ccm Diphtherieserum injicirt. Nach 8 Tagen trat ein „heftiger, juckender, urticariaartiger Ausschlag“ zunächst auf dem Hinterkopf auf, der sich bald über die ganze Körperoberfläche ausbreitete und im Gesicht, an den Conjunctiven zu einer so intensiven ödematösen Durchtränkung führte, dass die Augen nur schwer geöffnet werden konnten. Gegen Morgen ergriff das Exanthem auch die Schleimhäute des Mundes und des Rachens, so dass das Schlucken selbst flüssiger Substanzen nur unter starken Schmerzen möglich war. Es kam plötzlich eine starke Dyspnoe mit Cyanose der Lippen und Nägel hinzu. Die Untersuchung ergab, dass ein starker pericardialer Erguss ganz acut aufgetreten war. Allmäliges Abklingen aller Erscheinungen, Heilung. Anschliessend kritische Erörterung der einschlägigen Literatur.

HECHT

71) **M. Ponticaccia. Scharlachartiges Exanthem nach Antidiphtherieserum. (Esantema scarlattiniforme da siero antidifterico.)** *Revista Veneta di scienze mediche. 31. März 1905.*

Bei einem Mädchen, das eine prophylactische Seruminjection (500 I. E.) erhalten hatte von demselben Serum, mit dem seine an Diphtherie erkrankten Geschwister injicirt worden waren, trat nach der Einspritzung heftiges Hautjucken und bald darauf ein scharlachartiger Hautausschlag auf. Temperatur 41,2°. Der Ausschlag blieb 24 Stunden lang bestehen und verschwand dann allmälig. Bei den übrigen Geschwistern war nach der Seruminjection nichts derartiges beobachtet worden.

FINDER.

72) **T. S. Billings. Zehn Jahre Erfahrung mit Diphtherieantitoxin. (Ten years' experience with diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 23. December 1905.*

Vorliegende Arbeit giebt einen Ueberblick über die Erfahrungen des Gesundheits-Departement des Staates New York in den Jahren 1895—1905 auf dem Gebiet der Serumtherapie der Diphtherie. Das Departement verfügt über 18866 mit Antitoxin behandelte Diphtheriefälle, von denen — ausgenommen die moribund in Behandlung gelangten Fälle — 1325 tödlich verliefen d. h. 7,3 pCt. Aus den tabellarischen Uebersichten geht auch hervor, dass die Serumtherapie jetzt bessere Resultate giebt als in den ersten Jahren ihrer Anwendung, was auf eine Zunahme unserer Kenntnisse zurückgeführt wird. Nach Ansicht des Verfs. besteht länger kein Zweifel, dass das Antitoxin das specifische Mittel gegen die Diphtherie darstellt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **B. Boros. Fall von Kehlkopfverletzung.** *Orvosi Hetilap. No. 43.*

Halsverletzung aus selbstmörderischer Absicht. Zwischen Kehlkopf und Zungenbein eine querverlaufende, 10 cm lange Schnittwunde, bis zum Pharynx dringend. Tracheot. inf. Kehlkopfnaht. Totale Heilung. Canüle wurde entfernt.

v. NAVRATIL.

74) **Hopmann** (Köln). **Ergänzung zu den „Bemerkungen über Contusion des Kehlkopfes" von Stabsarzt Dr. Burchardt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 3. S. 623.*

H. hält einen vorwiegend verkalkten Kehlkopfknorpel für brüchiger als normal; ein verknöcherter aber sei widerstandsfähiger und nur durch grosse Gewaltanwendung zu brechen. Daher sei seine Angabe berechtigt, in der Burchardt einen gewissen Widerspruch erblickte, dass sowohl die Elasticität des jugendlichen, als auch die Verknöcherung des gealterten Kehlkopfes einen erhöhten Schutz gegen das Trauma gewähren.

F. KLEMPERER.

75) **Delsaux. Ausstülpung oder Vorfall des Ventric. Morgagni. (Éversion ou prolapsus du ventricule de Morgagni.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. rhino-otolaryngol. Gesellschaft vom 11. Juni 1904.

BAYER.

76) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über den sogenannten Prolapsus ventriculi Morgagni. (Nogle Bemerkninger om den saakaldte Prolapsus ventriculi Morgagni.)** *Ugeskrift for Läger. 12. October 1905.*

Der Verf. hat einen Mann beobachtet, an dessen Kehlkopf die Stimmbänder sich während der Intonation beinahe normal präsentirten. Wurden aber die Stimmbänder abducirt, erschienen einige Schleimhautprominenzen, die den vordersten Theil der Stimmbänder bedeckten.

In zwei Kehlköpfen von Hunden hat der Verf. wahre, nicht inflammatorische Schleimhautprolapse des Sinus Morgagni gesehen und mikroskopisch untersucht.

E. SCHMIEGELOW.

77) **J. Lövi. Fall von Laryngocele Virchowi.** *Gyógyássat. No. 12.*

Bei einem 19 jährigen jungen Manne bildet sich, wenn er mit geschlossenem Munde sein Gesicht aufbläst, auf beiden Seiten des Halses, zwischen Unterkiefer und Zungenbein eine Hervorwölbung. Die Laryngocele hängt in diesem Falle mit dem Sinus pyriformis zusammen.

v. NAVRATIL.

78) **Egmont Baumgarten. Kehlkopfcyste von seltener Grösse.** *Orvosi Hetilap. No. 5 u. Budapesti Orvosi ujság. 12. 1905.*

Nussgrosse Cyste, welche von der lingualen Oberfläche der Epiglottis entspringt. Die Cyste war sehr hart, prall anzufühlen, weshalb sie mit der kalten Drahtschlinge nicht zu fassen war, Verf. fasste sie mit einer Kehlkopfpincette und entfernte sie in mehreren Sitzungen mittelst einer Scheere. B. hält die Cyste für eine Schleimtasche.

v. NAVRATIL.

79) **S. Citelli. Bemerkung zu der Arbeit von Martuscelli und Rossi: „Warum sind die hypoglottischen Tumoren stets im vorderen Theil des Kehlkopfes lokalisirt?" (Nota al lavoro di Martuscelli e Rossi: „Perchè i tumori ipoglottici sono sempre localizzati o parte anteriore della laringe.)** *Bollett. delle Malattie dell'orecchio. No. VI. 1905.*

Verf. nimmt für sich, gegenüber Nardi, dessen histologische Untersuchungen in der oben citirten Arbeit angeführt werden, die Priorität für den Nachweis in Anspruch, dass die Anwesenheit von Leisten im Chorium des vorderen Drittels der Regio hypoglottica die anatomische Grundlage bilden für das Vorkommen von subglottischen Geschwülsten gerade in dieser Gegend. Nardi habe seine Untersuchungen nur bestätigt und ergänzt.

FINDER.

80) **Réthi** (Wien). **Oedematöse Stimmbandknoten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Nach Besprechung der verschiedenen pathologisch-anatomischen Substrate der Sängerknötchen Bericht über 2 Fälle, bei denen in Fall 1 der Kehlkopf nach längerer Ruhe normale Verhältnisse zeigte, wobei Sprech- und Singstimme klar waren, während nach kurzer Anstrengung unter allmäligem Versagen der Stimme eine circumscripte, geröthete, nach innen und oben prominente Vorwölbung des einen Stimmbandes, „eine spindelförmige Auftreibung des Randtheiles von etwa $^1/_2$ cm Länge" entstand. Der 2. Fall bot das gleiche Bild, daneben bestand noch

an der grössten Prominenz des freien Randes ein typisches Sängerknötchen. Dieses Knötchen änderte weder Form noch Grösse, während die andere Schwellung nur zeitweilig auftrat. Autor fasst diese variirende Schwellung als einen abwechselnden Füllungs- und Leerzustand vorhandener Hohlräume in dem Stimmbandgewebe auf, die er therapeutisch dadurch zur Verödung brachte, dass er mit einem feinen Lancettmesser an der betreffenden Stelle mehrere einander und dem Stimmbandrande parallele Längsschnitte machte. Die Reaction war gering und die Heilung — unter restitutio in integrum — eine dauernde. HECHT.

81) **J. Payton Clark. Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Papilloma of the larynx in children.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. October 1905.*

Conf. Verhandlungen der 27. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905. EMIL MAYER.

82) **Némai. Kritik der Therapie der Kehlkopfpapillome.** *Orvosi Hetilap. No. 41.*

Kehlkopfpapillome, welche öfters recidivirten, verschwinden häufig durch Resorption. Verf. hält die Laryngofissur für ungerechtfertigt und räth die endolaryngeale Operation nebst exspectativem Verfahren an. Bei Stenose Tracheotomie. v. NAVRATIL.

83) **W. Koellreutter** (Rostock). **Zur Therapie der Larynxpapillome.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von recidivirenden, papillomatösen Larynxwucherungen, bei denen „ausser der üblichen Operation auch eine medicamentöse Behandlung mit Erfolg zur Anwendung kam".

Fall 1. 31 jähriger Mann mit multiplen intralaryngealen Papillomen, mehrfache Operationen mit stetigen Recidiven. Innerliche Verabreichung von Arsen führte bei gleichzeitiger nochmaliger operativer Ausräumung zur Dauerheilung.

Fall 2. 5 jähriges Mädchen mit progressiv fortschreitenden papillomatösen Larynxwucherungen. Wiederholte operative Ausräumung in Narkose mittels directer Laryngoskopie; stets erneute Recidive; interne Arsenmedication ohne Erfolg; Verabreichung von Jodkali und dann von Jodipin erzielten allmälige Rückbildung der Papillome und schliessliche Dauerheilung bei absolut normalem Kehlkopfbefund und klarer Stimme. Anschliessend epikritische Betrachtungen und Erörterung der einschlägigen Literatur. HECHT.

84) **Gordon King. Lymphoider Kehlkopftumor, durch partielle Laryngectomie entfernt. (Lymphoid tumor of larynx; removed by partial laryngectomy.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1906.*

Bei einem 65jährigen Mann fanden sich zwei runde, glatte Geschwülste, die die Basis der Epiglottis und die Schildknorpelplatte einnahmen. Die Geschwulst wurde auf dem Wege von aussen her entfernt und es ergab sich, dass sie aus lymphatischem Gewebe bestand. Es trat ein Recidiv ein und es wurde eine zweite Operation nothwendig. EMIL MAYER.

85) **Koschier** (Wien). **Totalexstirpation des Larynx.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 16. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1905.*

Demonstration eines Patienten, bei dem wegen Carcinom der Larynx exstirpirt wurde. Jetzt trägt der Patient eine Schornsteincanüle, kann ziemlich gut sprechen und schlucken. Die Wundversorgung geschah mit einem Mikulicz'schen Tampon. K. zieht diese Methode der prophylactischen Trachealresection Gluck's vor.

CHIARI.

86) **D. Bryson Delavan. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Die Diagnose soll durch alle möglichen Mittel gesichert werden; eventuell soll auch eine kurze Zeit lang Jodkali gegeben werden. Wenn man Aussicht hat, durch histologische Untersuchung zur Diagnose zu gelangen, so soll ein Stückchen zu diesem Zwecke entnommen werden. Wiederholte Versuche, die Geschwulst zu entfernen, sei es zu diagnostischen oder zu therapeutischen Zwecken, sind zu verwerfen. Verf. erörtert dann die Indicationen der Thyreotomie, partiellen und totalen Laryngectomie.

LEFFERTS.

87) **John N. Mackenzie. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Das laryngoskopische Bild ermöglicht in den meisten Fällen die Diagnose; die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Probestücks soll erst das letzte Hülfsmittel darstellen. Verf. hat gegen die Probeexstirpation einzuwenden, dass der Patient einer Autoinfection ausgesetzt wird, dass das Wachsthum der Geschwulst angeregt wird und dass die Methode oft unzuverlässig, irreführend und bisweilen practisch unmöglich ist. Der Umfang der Operation richtet sich nach der Ausdehnung der Geschwulst. Durchaus zu verwerfen sind Operationen per vias naturales und die Pharyngotomia subhyoidea.

LEFFERTS.

88) **J. Pólya. Fälle von Laryngofissur wegen postdiphtheritischer Larynxstenosen.** *Orvosi Hetilap. No. 28.*

I. 6 jähriges Kind wurde während einer Crouperkrankung lange Zeit hindurch intubirt; es bildete sich eine Larynxstenose aus. Bei der Laryngofissur fand sich im Niveau des Ringknorpels eine diaphragmaartige hochgradige Verengerung. Nach Excision der Narbe Transplantation eines Thiersch'schen Lappens vom Oberarm; in den Larynx wurde ein dicker Jodoformgazetampon eingeführt und darüber der Larynx vernäht. Nach 8 Wochen konnte ein dem Alter entsprechender Tubus leicht eingeführt werden. Später Decanulement.

II. 8 jähriges Kind mit ähnlicher Erkrankung. Da die Narbe mit den Knorpeln stark verwachsen war, Entspannung der Trachea mit 5 Längschnitten in die Narbe.

v. NAVRATIL.

89) **Gabszevicz. Erfolglose chirurgische Behandlung bei einem Falle von pharyngealer Stenose. (Bezskutecznosc rabiegów operacyjynch przyzwezeniu gardzieli i krtani.)** *Gazeta Lekarska. No. 37. 1905.*

Verf. beschreibt einen hochinteressanten Fall einer nach Kalilaugevergiftung

entstandenen hochgradigen pharyngolaryngealen Stenose, bei welcher die Epiglottis sich in eine harte bis an die hintere Pharynxwand angewachsene Narbe umwandelte, wobei nicht nur eine starke Dysphagie, sondern auch Athemnoth bestand. Es wurde vom Verf. nach ausführlicher Tracheotomie eine Pharyngotomia subhyoidea ausgeführt und erst dann die narbig veränderte Epiglottis mittels Scheere von der Pharynxwand abgetrennt und dann $^2/_3$ davon excidirt. In Folge dessen wurde der Eingang zum Kehlkopf bedeutend vergrössert, wobei sich die Stimmbänder normal stellten. Die Pharynxsonde passirte leicht in den Magen. Die Kranke konnte bald darauf leicht athmen und allmälig besser schlucken. Zwei Wochen darauf war das Athmen ganz frei und das Schlucken so weit normal, dass drei Wochen nach der Operation die Tracheotomiecanüle gänzlich entfernt wurde. Leider stellte sich 6 Wochen darauf wieder fast totale Dysphagie und Stenose ein, verursacht durch neue Narben, die auf der Stelle der excidirten Epiglottis bestanden. Verf. schritt wieder zur Excision der neugebildeten Narbe und dabei, um den Kehlkopfraum zu vergrössern, excidirte er ringsherum die Ränder der Thyreoidalknorpel, sowie auch die dicken Schwarten im unteren Abschnitt des Pharynx. Der Erfolg war wieder günstig. Die Kranke konnte frei athmen und schlucken. In einigen Wochen traten aber wieder die vorigen krankhaften Erscheinungen zu Tage, welche zwei Wochen darauf den Verf. zum dritten Male zur Wiederholung derselben Operation zwangen, wobei im Eingang des Oesophagus eine starke Narbe entdeckt wurde. Dieselbe wurde excidirt, der obere Theil des Pharynx abgeschnitten und derselbe an die Haut angenäht. Die Kranke begann zu fiebern und starb am 12. Tage nach der Operation. Bei der Autopsie wurde im unteren Abschnitt der rechten Lunge ein Abscess gefunden. Im Pharynx und Larynx nur narbige, oben beschriebene Veränderungen. Die Stimmbänder waren normal.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) **Edmund Meyer** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Trachealstenosen.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 26. 1905.*

Bei der Behandlung alter Trachealstenosen muss man sich zunächst über deren Ausdehnung völlig klar sein. Danach werden gröbere Verengerungen operativ beseitigt. Endlich sind Dauerdilatatorien einzulegen. Als solche empfiehlt Verf. O'Dwyer'sche Tuben, Schrötter'sche Zinnbolzen, nicht dagegen Mikulicz'sche Glascanülen. Für manche Fälle sind Schrötter'sche Hartgummibougies geeignet. — Demonstration von drei einschlägigen Fällen.

ZARNIKO.

91) **John Rogers. Die Behandlung chronischer Obstruction des Kehlkopfes und der Trachea. (The treatment of chronic obstruction in the larynx and trachea.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

Verf. erörtert ausführlich die verschiedenen Arten von Stenosen. Eine Anzahl von Fällen werden im Detail mitgetheilt. An einigen dieser Fälle wird die O'Dwyer'sche Intubation erläutert unter Erörterung interessanter Gesichtspunkte.

A. LOGAN TURNER.

92) **H. von Ranke. Zur Verhütung der nach Intubation und secundärer Tracheotomie zuweilen sich einstellenden Kehlkopfstenosen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 42. 1905.*

Da die durch die Intubation zuweilen auftretenden Decubitusgeschwüre zu so hochgradigen Zerstörungen und Eiterungen führen können, dass dadurch der Tod eintreten kann, hält Autor — im Gegensatz zu O'Dwyer und der amerikanischen Schule — die secundäre Tracheotomie in solchen Fällen für angezeigt. Zwar ist die „Ursache der bisweilen beobachteten starken Narbenstenose des Kehlkopfes nicht sowohl das ursprüngliche Druckgeschwür, sondern vielmehr die dauernde Ausschaltung des Kehlkopfes aus der Athmung nach der Tracheotomie durch die Trachealcanüle, weil der erweiternde und ausdehnende Einfluss des Luftstromes für den Keklkopf dabei völlig verloren geht und eben dadurch Gelegenheit zur stenosirenden Vernarbung geschaffen wird". Dies lässt sich jedoch dadurch vermeiden, „dass wir die Trachealcanüle nur möglichst kurze Zeit liegen lassen und zur Heilung der Druckgeschwüre und Hintanhaltung von Narbenstenosen den erweiternden Einfluss der Athmung nicht ausschalten, sondern möglichst auszunützen suchen". Auf Grund seiner Erfolge empfiehlt Autor, die Trachealcanüle nur möglichst kurze Zeit — 2 oder 3 Tage — liegen zu lassen und eventuell, wenn sich wieder Dyspnoe einstellt, nochmals zur vorübergehenden Intubation zu greifen.

HECHT.

93) **Giovanni Mori. Einige Kriterien der Operation und instrumentellen Technik bei Kehlkopfintubation. (Alcuni criteri di tecnica operativa e strumentale nell'intubazione laringea.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Mai 1905.*

Verf. hat innerhalb 2 Jahren 151 Kindor intubirt; von diesen waren 32 unter 2 Jahre alt, bei 103 bestanden broncho-pneumonale Complicationen. Es starben 49 Kinder, 33 davon in den ersten Stunden nach der Intubation. Verf. hat an den Tuben wie an dem Introductor einige kleine Modificationen angebracht, die er, ebenso wie die Technik des Verfahrens, beschreibt.

FINDER.

94) **Deguy de la Play. Ueber prolongirte Intubation. (Sur le tubage prolongé.)** *Société de Péaiatrie. 20. Juni 1905.*

Verf. theilt mehrere Fälle mit, in denen trotz des Bestehens von Ulcerationen die Intubation lange Zeit hindurch fortgesetzt werden musste. In einem Fall wurde die Intubation 11 mal wiederholt; die Gesammtdauer der Intubation betrug in diesem Falle 20 Tage. Verf. zieht selbst die prolongirte Intubation den Gefahren der Tracheotomie vor.

Sevestre bekennt sich in der anschliessenden Discussion als ein weniger begeisterter Anhänger der Intubation; er schreitet zur Tracheotomie, wenn nach der vierten Intubation die Dyspnoe anhält. Er glaubt, dass eine prolongirte Intubation erhebliche Unzuträglichkeiten mit sich bringt.

PAUL RAUGÉ.

95) **E. Escat** (Toulouse). **Die plötzliche Obstruction bei der Intubation ohne Ueberwachung. (L'obstruction brusque dans le tubage sans surveillance.)** *Presse médicale. 7. Juni 1905.*

Die plötzliche Verstopfung der Tube durch eine Pseudomembran ist eine

grosse Gefahr bei der Intubation, besonders wenn der Patient nicht unter ständiger Ueberwachung eines mit dem Verfahren oder wenigstens mit der Enucleation vertrauten Arztes sich befindet.

E. räth zur Vermeidung dieses unglücklichen Ereignisses folgende Mittel an: Man wende eine Tube von grossem Kaliber an; man lasse den Faden an seinem Platz, so dass eine selbst unerfahrene Person im Stande ist, schnell die Detubation auszuführen; man sättige die Luft des Krankenzimmers mit Wasserdampf, indem man einen Behälter mit einer kochenden antiseptischen Flüssigkeit aufstellt; man provocire nach der Intubation Hustenstösse, um eine Expulsion der Membranen zu bewirken; man wische die Tube alle 24 Stunden aus und träufle von Zeit zu Zeit etwas Mentholöl in sie hinein; man gebe keine Medicamente, durch die der Husten unterdrückt wird. Wendet man diese Maassregeln an, so tritt kaum in $^1/_{10}$ der Fälle plötzliche Obstruction ein.

E. hat eine durchbrochene („ajouré") Tube angegeben; die Gefahr der brüsken Verstopfung wird beim Gebrauch dieser in die weniger bedenkliche einer allmäligen Verstopfung umgewandelt.

Beim Eintreten einer plötzlichen Obstruction räth E., sofort die Tube zu extrahiren durch Enucleation oder mittels des Fadens oder schliesslich durch den Elektromagneten; einen Schluck kalten Wassers trinken zu lassen; den Körper mit kaltem Wasser zu bespritzen; das Kind auf den Kopf stellen; eine Lufteinblasung mit dem Politzer zu machen, um die Pseudomembranen in die Trachea zurückzutreiben.

Auf Grund der von ihm beobachteten 103 Fälle von Intubation ohne Ueberwachung räth E., Serum einzuspritzen und die Intubation vorzunehmen, bei der nur 1 pCt. Todesfälle sind gegenüber 10 pCt. bei Tracheotomie. PAUL RAUGÉ.

96) **Fielding L. Taylor. Ein Fall von Retention eines Intubationsrohrs, durch allmälige Dilatation behandelt. (A case of retained intubation tube, treated by gradual dilatation.)** *N. Y. Medical News. 16. September 1905.*

Verf. theilt einen Fall von subglottischer Stenose mit, der auf Zellinfiltration und Bindegewebscontraction infolge von Einführung einer zu weiten Intubationsröhre beruhte. Unter lange fortgesetzter allmäliger Dilatation trat Heilung ein. LEFFERTS.

97) **Nowak. Intubation in der Privatpraxis. (W sprawie intubacyi w prywatnej praktyce.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 7—10. 1905.*

Verf. behauptet, dass nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der Privatpraxis die Intubation die Tracheotomie ersetzen kann und erörtert dabei alle möglichen Vorsichtsmaassregeln, welche dabei zu beobachten sind.

v. SOKOLOWSKI.

98) **Czarnik. Ueber Intubation und Tracheotomie. (Intubacya i tracheotomia.)** *Gazeta Lekarska. No. 36—40. 1905.*

Im Laufe von 10 Jahren (1894—1903) wurden in dem Krankenhause zur Heiligen Sophie in Lemberg 1007 Kinder, die an Diphtherie erkrankt waren, behandelt. In allen Fällen wurde Injection des Antidiphtherieserums angewandt.

Von diesen wurden 450 operirt, und zwar theils intubirt, theils tracheotomirt. In 293 Fällen wurde nur Intubation angewandt, Intubation und Tracheotomie in 94 und Tracheotomie in 63 Fällen. Von der Gesammtzahl der an Diphtherie erkrankten Kinder starben 248 und von den operirten 150. Im Allgemeinen kommt Verf. auf Grund des gefundenen statistischen Materials zu der Ansicht, dass die Intubation allein in mindestens $^2/_3$ der Fälle erfolgreich wirkt. Was die Fälle betrifft, wo die Intubation erfolglos ist, kann man manchmal das Leben durch hinterher folgende Tracheotomie retten. Antidiphtherieserum übt einen guten Einfluss auf den Verlauf der Kehlkopfdiphtherie, jedoch einen geringeren, als bei der idiopathischen primären Pharynxdiphtherie aus. v. SOKOLOWSKI.

99) **David A. Stevenson. Tracheotomie unter Schwierigkeiten. Bericht über einen mit Carcinom des Mundes und Halses complicirten Fall. (Tracheotomy under difficulty. Report of a case complicated with carcinoma of the mouth and throat.)** *Indiana Medical Journal. Juni 1905.*

Bei dem Patienten war der Unterkiefer resecirt worden. Die Oeffnung in der Mundhöhle war so klein, dass nur eine dünne Sonde passiren konnte. Die Tracheotomie wurde unter Cocain und Adrenalin gemacht. EMIL MAYER.

100) **A. Noll. Demonstration eines Kohlkopfmodells.** *Versamml. der Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 76. Versammlung Breslau 1904. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 490.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

f. Schilddrüse.

101) **A. Pireca. Ueber die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Pankreas; experimentelle Studie (Säugethiere). (Sui rapporti tra tiroide e pancreas; studio sperimentale [Mammiferi].)** *Giorn. internaz. Sc. med. Anno 27. Fasc. 1. p. 17.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

102) **Guido Lerda. Ueber die antitoxische Kraft der Schilddrüse. (Sul potere antitossico della tiroide.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. No. V—VI. 1905.*

Aus den Versuchen des Verf.'s ergiebt sich, dass Meerschweinchen, denen Schilddrüse und Nebenschilddrüse exstirpirt war, sich gegen Intoxicationen mit Tetanus- und Diphtherietoxin, Strychnin und Coffein nicht weniger resistent verhalten als intacte Thiere, und dass diese Resistenz bei ihnen sich auch nicht ändert, wenn ihnen Glycerinextract von Schilddrüsen einverleibt wird. Injectionen mit Tetanustoxin in die Schilddrüse erzeugen ein Krankheitsbild, das man bei endovenösen Injectionen erhält. Injectionen mit einem in vitro erhaltenen Gemisch obiger Toxine mit Schilddrüsensaft und Injectionen von Schilddrüsensaft in vorher vergifteten Meerschweinchen ändern das Krankheitsbild nicht erheblich. Auch die Nucleoproteide des Hühnereis haben dieselben Eigenschaften wie diejenigen der Schilddrüse.

Es ergiebt sich daraus, dass man der Schilddrüse keine antitoxischen Eigenschaften gegen exogene Gifte, sowohl chemische wie Bakteriengifte, beilegen kann. Die angebliche Eigenschaft der Nucleoproteide der Schilddrüse und des Hühnereies, dem Tetanustoxin seine Giftigkeit zu nehmen, ist nach Ansicht des Verf.'s mehr auf die bei der Präparation angewandten chemischen Substanzen als auf die Nucleoproteide zu schieben.

FINDER.

103) **Hl C. Moffitt. Schilddrüsenerkrankungen in Californien. (Thyreoid disease in California.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1905.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass Schilddrüsenerkrankungen in San Francisco häufiger sind, als in vielen anderen Städten. Kropf ist besonders in der Umgebung von San Francisco Bay häufig, weniger im Süden des Staates und in den Bergen; er ist in gewissen Theilen des Nordens endemisch. Myxödem scheint in San Francisco häufiger zu sein, vielleicht weil dort die meisten Patienten zusammenströmen. Verf. verfügt über 53 Fälle aus dieser Stadt und 33 im Staate Californien, ausgenommen die formes frustes, von denen er über 11 Fälle verfügt. Von sporadischem Cretinismus hat er 61 Fälle gesammelt, von denen 33 auf San Francisco entfallen. Morbus Basedow scheint in der Gegend der Bay häufiger zu sein, als sonstwo. Verf. warnt vor dem Gebrauch von Jod bei Strumen, auch wenn sie klein sind; er verfügt über einige Fälle von schwerem Jodismus. Die Berichte über den Erfolg der Anwendung vou Schilddrüsenextract bei Myxödem und Cretinismus sind enthusiastisch; bei Morbus Basedow hat Verf. gute Resultate von lang fortgesetzter Faradisation gesehen. Viele Fälle von Morbus Basedow eignen sich für die chirurgische Behandlung; man sollte an Horsley's Mittheilung denken, dass Trennung des Isthmus allein zu retrogressiven Veränderungen und zu Schrumpfung des Restes der Drüse führt.

LEFFERTS.

104) **Wild** (Zürich). **Die Untersuchung der Trachea und die Verwendung der Tracheoskopie bei Strumen.** *Habilitationsschrift für die Universität Zürich. Tübingen 1905.*

Die für jeden Laryngologen, sowie allgemeinen Arzt studiumswürdige Schrift umfasst auf 110 Textseiten, 5 Tafeln mit sehr gelungenen tracheoskopischen Bildern, mehreren statistischen Tabellen ein Material von 1000, zu einem nicht geringen Theil vom Verf. selbst beobachteten klinischen Fällen. Eine sachgemässe genaue Rubricirung des reichen Stoffes erleichtert den Genuss. Es sei nur der wesentlichste Inhalt der einzelnen Hauptabtheilungen angeführt.

I. Anatomisches. Beziehungen der Luftröhre zum Kropf. Aetiologisches über die Veränderungen an der Luftröhre durch Kropf. Bedeutung der Formation der Wirbelsäule, welcher die Trachea folgt, so dass z. B. die Skoliose der ersteren eine Strumadeviation der letzteren vortäuschen kann.

II. Untersuchungsmethoden der Trachea. 1. Aeussere Untersuchung, auf welche man früher allein angewiesen war, die aber jetzt nur noch als eine werthvolle Orientirung und Ergänzung der Tracheoskopie gelten kann. Inspection. Athmungsbewegungen. Rose's letzte Stellung. Palpation, scharfe

Kanten der Trachealringe bei Torquirung und bei Säbelscheidenstenose; Differenzirung durch die Tracheoskopie. Auscultation, zwischen den Schulterblättern, besser à distance, stridoröses Athmen. 2. Innere Untersuchung. a) Obere indirecte Tracheoskopie: Kehlkopfspiegel, Reflector, Stirnlampen. b) Die untere indirecte Tracheoskopie. Voltolini'sche, Pieniazek-Schrötter'sche Trichter und Spiegelchen, Endoskop nach Hirschmann (Cystoskop). c) Die obere directe Tracheoskopie. Kirstein'sche Spatel, Kirstein'sche Stirnlampe, Killian'sche Leitröhren, Spatelrohr, der Casper-sche Griff. d) Die untere directe Tracheoskopie. Killian'sches Leitrohr.

ad a) Die obere indirecte Tracheoskopie gelingt häufig nur durch Ausgleichung des Winkels von Rachenkehlkopfachse und Trachealachse (150--160°) zu einer Geraden, mittelst der Stellungen von Türk, Killian und Wild. ad c) Sitzende Stellung oder liegende mit hängendem Kopf. Langsames Vorschieben der Leitröhre um Ring für Ring zur Verwandlung der krummen oder verwachsenen Luftröhre in eine grade und gleichmässig weite. Geometrische klare Auseinandersetzung des perspectivischen Sehens. Blosse Verlagerung am oberen Trachealende um 3 mm, am unteren um 4 mm genügt, um eine Wand der Trachea unsichtbar zu machen und Spalten vorzutäuschen.

III. Classificirung der Strumatracheen. 1. Verlagerung bei normalem Lumen mit gerader Achse und mit gebogener Achse. 2. Torquirung. 3. Verengerung durch ein- oder mehrseitigen Druck; Hervorwölbung, Einknickung auf gleicher oder verschiedener Höhe der Wand. 4. Veränderungen der Trachealwände, Erweichung, Schrumpfung (Jodinjectionen, Jodbehandlung der Kröpfe). 5. Combination verschiedener Zustände.

A. Statistische Bearbeitung des Materials u. a. sei erwähnt: Für sämmtliche 1000 Fälle verhalten sich die Geschlechter wie 1 (männliche) zu 1,7 (weibliche). Die Zahl der Kropfkranken steigt bis zum 5. Decennium und nimmt nachher langsam ab. Nur 30 pCt. zeigen gesunde Luftröhren; Stenose 52 pCt. männliche, 48 weibliche. Säbelscheidenstenose nennt man von beiden Seiten starke Verengerungen auf gleicher Höhe; sie stehen sagittal oder schräg sagittal. 1,3 pCt. der Strumen waren maligne. Nur von 8 pCt. der Fälle konnte Verf. die Operation erfahren. Misslingen der Tracheoskopie nur in 1,6 pCt. der Fälle, also 16. Die Tracheoskopie würde noch eine Menge Fragen lösen, wenn Chirurg und Tracheoskopiker zusammen arbeiteten.

B. Bedeutung der Tracheoskopie für die Diagnostik, Prognose und Therapie der strumösen Luftröhrenaffectionen. In jedem Fall von Dyspnoe mit unklarer Aetiologie soll die innere Untersuchung der Trachea unbedingt ausgeführt werden, ganz besonders, wenn ein Kropf vorhanden ist. Die ganz unwissenschaftliche Folgerung: „Dyspnoe, Struma, ergo Compressio tracheae“ sollte sich endlich überlebt haben. Der genaue Luftröhrenbefund zeigt sowohl der Prognose als der Prophylaxe und der Therapie den klaren Weg zur Vermeidung verspäteter oder unnützer Operationen und Behandlungen. Sie ist auch wichtig für die Localisationsdiagnose, damit immer das wichtige Stück des Kropfes entfernt werde, welches Stenose erzeugt und nicht ein anderes nur äusserlich besser

nachweisbares; endlich dient sie zur Controle der therapeutischen Wirkungen während und nach medicamentöser oder chirurgischer Behandlung. Therapie. Innerlich Jodtinctur 3 mal täglich einen oder mehrere Tropfen. Den aus irgend einem Grunde nicht operativ zu behandelnden Stenosenpatient kann die mit Hülfe der Tracheoskopie ausgeführte Bougirung mittelst Schrötter'scher Hartgummiröhren oder des Wild'schen dilatationsfähigen Kautschukrohres erhebliche Erleichterung oder dauernde Besserung verschaffen. Auch für die Erkenntniss und Behandlung der Complicationen der strumösen Luftröhrenerkrankungen, z. B. der Tracheitis, der Stauungskatarrhe ist die Tracheoskopie nützlich. Dieselbe ist eine technisch gut ausgebildete, allgemein anwendbare, unschädliche klinische Untersuchungsmethode.

JONQUIÈRE.

105) **Reichel** (Chemnitz), **Complicationen nach Kropfoperationen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Fall 1: Bei der Strumectomie wurde bei der 25 jährigen, graviden Patientin ein dem Isthmus angehöriger Theil der Schilddrüse von mindestens Hühnereigrösse zurückgelassen. Nach wenigen Tagen traten Erscheinungen von Tetanie ein, die auf Thyreoïdin zurückgingen. Der bei der Operation zurückgelassene Rest der Thyreoïdea verkleinerte sich auf die Hälfte, und es entwickelte sich eine Cachexia strumipriva, die — Patientin nahm das verordnete Thyreoïdin nicht mehr — spontan wieder verschwand unter einer allmälich wieder zunehmenden Vergrösserung des Kropfrestes.

Fall 2: Operation eines Colloïdkropfes bei einer 35 jährigen Frau, Zurücklassung eines über hühnereigrossen Stückes, Entwicklung einer Cachexia strumipriva, Besserung auf Thyreoïdin und völliges Verschwinden der Kachexie unter Wachsthumserscheinungen des Thyreoïdrestes. Unter stetigem Wachsthum entwickelte sich ein Tumor, der sich als Carcinom — dem die Patientin auch erlag — erwies. Obwohl also hier das „Kropfrecidiv durch maligne, krebsige Entartung des Kropfes bedingt" war, schwand die entstandene Kachexie doch vollständig.

Fall 3: 59 jährige Patientin, Operation eines grossen Colloïdkropfes, Entfernung des Tumors (Gewicht 2 Pfd.), Zurücklassung eines Kropfrestes von fast Faustgrösse, der tiefer tretend die Luftröhre comprimirte und so starke Dyspnoe hervorrief, dass tracheotomirt werden musste. Unter Localanästhesie Verlagerung des zurückgebliebenen Kropfrestes vor die Hautwunde — Exothyreopexie nach Jaboulay —, da seine Resection die Gefahr der Kachexie zu nahe gerückt hätte. Schrumpfung auf Hühnereigrösse und secundäre, operative Verlagerung unter die Haut. Heilung.

Fall 4: 16 jährige Patientin, Kropfoperation, nach der Operation Stridor, Cyanose, Exitus trotz Tracheotomie und künstlicher Athmung. Autopsie ergab doppelseitigen Pneumothorax, subpleurales interstitielles Emphysem, Perforation der Pleura. Eine Verletzung der Pleura bei der Operation ist auf Grund des Obductionsbefundes ausgeschlossen. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

106) A. Hamonn. **Bemerkungen über Thyreodectomie, mit Bericht über Fälle. (Remarks on thyreodectomy with report of cases.)** *Cleveland Medical Journal. November 1905.*

Im ersten Fall entwickelte sich nach der Operation Tetanie, die nach Anwendung von Thyreoidextract wieder verschwand; es trat Recidiv ein. Der zweite Fall starb am dritten Tage nach der Operation, nachdem Delirium bestanden hatte; der dritte Fall starb eine halbe Stunde nach der Operation an Shock. Der vierte Fall genas, obwohl er durch einen endotheliomatösen Tumor des Schädels complicirt war.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

107) **Silas Lindqvist** (Schweden). **Ueber congenitale Oesophagusstenosen. (Om kongenitale Oesophagusstenoser.)** *Upsala läkareförenings förhandl. Bd. X. N. F. p. 332—330.*

21 jähriger Mann, der seit der frühesten Kindheit an Schluckbeschwerden gelitten und nur unvollständig sich hat ernähren können. Seine Entwicklung ist mit der eines 10—12 jährigen Knaben vergleichbar. Aetzungen, Syphilis und andere pathologische Veränderungen des Oesophagus ausgeschlossen. — Die Verengerung liegt 15 cm von der Zahnreihe und eine Sonde von nur 5 mm Kaliber kann mit Schwierigkeit die Stenose passiren. Nach einwöchiger täglicher Sondirung wurde die Stenose für eine Sonde von 1 cm durchgängig.

E. SCHMIEGELOW.

108) **J. Bryant jr. Myom des Oesophagus. (Myoma of the esophagus.)** *Journal of the American Medical Association. 30. December 1905.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Oesophagusmyom, beide bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter. In einem Falle bestand ausgesprochene Strictur der Speiseröhre durch den Tumor, der 3,2 : 2,5 cm im Durchmesser maass, und es bestanden auch Knötchen und Geschwüre an der Cardia und im Fundus des Magens. Im zweiten Fall bestanden keine klinischen Symptome der Strictur. Beide Male wurde der Tumor bei der Autopsie von Patienten gefunden, die an anderen Ursachen zu Grunde gegangen waren.

EMIL MAYER.

109) **W. Wendel** (Marburg). **Ueber Röntgenbehandlung des Oesophaguskrebses.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Unter Hinweis auf die vielfach unbefriedigenden chirurgischen Resultate und die Versuche Einhorn's und Exner's mit Radium berichtet Autor über einen Fall von vorgeschrittenem, tiefsitzendem Oesophaguscarcinom, den er durch das Oesophagoskop hindurch mit Röntgenstrahlen behandelte und bei welchem in 8 Sitzungen eine bedeutende Besserung erzielt wurde.

HECHT.

110) **Antony** (Paris). **Der Speiseröhren-Speichelreflex als Symptom des Speiseröhrenkrebses. (Du reflexe oesophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer d'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux. 10. Februar 1905.*

Roger hat gezeigt, dass Reizung der Speiseröhrenschleimhaut auf dem Reflexwege eine abundante Salivation zur Folge hat. Zur Stütze dieser Beobachtung

führt Verf. eine Reihe von Fällen von Oesophaguscarcinom an, bei denen eine ständige Salivation bestand.

PAUL RAUGÉ.

111) **Kasansky** (Dmitziewska). **Operative Behandlung des Oesophaguscarcinoms.** *Baseler Dissertation. Bern 1905.*

Da wir Laryngologen nicht selten die ersten sind, eine Oesophagusstenose und einen Speiseröhrenkrebs festzustellen, sowie autoritativ anzugeben, was gemacht werden sollte, so ist es gerechtfertigt, die vorliegende Arbeit hier zu referiren. Es kommen drei Operationen in Frage: die Oesophagectomie, welche aus ersichtlichen Gründen selten ausgeführt wird; die Oesophagotomia externa, welche nur bei Carcinom im obersten Drittel ausführbar ist und darin besteht, unterhalb der Strictur eine Fistel anzulegen; die Gastrotomie, d. h. die Anlegung einer Magenfistel, welche das gewöhnliche ist. Aus einem reichen Material, welches Verf. aus verschiedenen chirurgischen Kliniken, namentlich der Baseler, zusammengestellt hat, ergeben sich für unmittelbare Mortalität resp. für die Todesfälle im directen Anschluss an die Operation und für die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation folgende Zahlen:

Zahl der Operationen	Todesfälle	Mortalität-procent	Mortalität-quotient (Ref.)	Lebensdauer
19 Oesophagectomien . .	14	74	1,35	113,5 Tage
376 Gastrotomien . . .	291	78	1,29	61 „
11 Oesophagotomien . .	9	82	1,22	79 „

Die grossen Zahlenunterschiede der verschiedenen Operationen lassen die Zahlen der Radicaloperation resp. Oesophagectomie kaum als zuverlässig erscheinen, während die ungünstigen Zahlen der Gastrotomie jedenfalls dadurch zu erklären sind, dass diese Operation noch bei sehr heruntergekommenen Patienten ausgeführt zu werden pflegt, während für die beiden anderen robustere Kranke ausgewählt werden müssen. Verf. glaubt die Gastrotomie als einen Eingriff empfehlen zu können, dessen Technik bei relativ leichter Ausführung sich immer mehr vervollkommnen und bessere Resultate erzielen werde. Sehr ermunternd sind jedenfalls bis jetzt keine dieser Zahlen, was zum Theil darauf zurückzuführen ist, dass der Speiseröhrenkrebs nicht schmerzhaft ist und erst Beschwerden macht, wenn Stenosensymptome eintreten, wo dann die Neubildung schon weit um sich gegriffen hat.

JONQUIÈRE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XVI. Sitzung am 30. April 1905 zu Köln.

Anwesend 30 Mitglieder.

I. Hansberg (Dortmund): Ueber die Freilegung des Bulbus venae jugularis.

II. Hopmann I: Demonstrationen:

a) Complete Obliteration beider Nasenhälften nach Diphtheritis. Die Nasenathmung wurde durch Abtragung eines Theiles der Muscheln, des Septums und des Narbengewebes mittels Conchotom wieder hergestellt. H. betont die Seltenheit vollständiger Verwachsungen des Naseninnern in Folge von Diphtherie.

b) H. stellt ferner eine Patientin vor mit oberer Schlundstenose und Stenose im unteren Rachenraum, rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa und Iritis und starker Schwerhörigkeit, entstanden durch acquirirte oder congenitale Lues.

c) Demonstration eines Falles von primärem Epitheliom der Uvula bei einem Tuberculösen. Die galvanokaustisch abgetragene Geschwulst ergab bei der mikroskopischen Untersuchung typischen Plattenepithelkrebs. Beide Lungen infiltrirt, in der linken Spitze grosse Caverne, im Sputum Tuberkelbacillen. Nach der Operation wesentliche Besserung der Schluckbeschwerden und des Allgemeinbefindens.

d) Schiefstand, Asymmetrie und abnorme Beweglichkeit des Larynx. Der ausserordentlich interessante Fall eignet sich nicht für einen kurzen Bericht. (Ausführliche Beschreibung im officiellen Protokolle in der Münchener med. Wochenschrift.)

III. Neuenborn (Crefeld) demonstrirt einen Patienten mit hereditärer Lues, bei welchem eine complete Verwachsung des weichen Gaumens, der beiden hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand und der Epiglottis mit dem Zungengrunde besteht. Durch eine spaltförmige Oeffnung im Zungengrunde findet Athmung und Nahrungsaufnahme statt. Die Affection hatte vor mehreren Jahren mit einer Anschwellung am Halse begonnen, nach deren Verschwinden Geschwürsbildung auf Gaumen und Rachenwand aufgetreten war. Die Vernarbung trat prompt nach Darreichung von Jodkali ein.

IV. Reinhard (Duisburg): Stirnhöhleneiterung und Stirnlappenabscess.

Bei dem 26 Jahre alten Patienten wurde wegen Naseneiterung, heftigen halbseitigen Kopfschmerzen und Temperatursteigerung bei unregelmässigem Puls die bei der Durchleuchtung dunkel befundene linke Highmorshöhle und Stirnhöhle eröffnet, wobei aus beiden Höhlen grosse Eitermengen entleert wurden. Von der hinteren, im lateralen Winkel dunkel verfärbten Stirnhöhlenwand aus Freilegung eines Extraduralabscesses von Haselnussgrösse; in der gelblich verfärbten und infiltrirten Dura konnte keine Fistel nachgewiesen werden. Nach der Operation in den ersten Stunden Besserung der Beschwerden, doch auffällige Unruhe des Patienten, der sich Trübung des Bewusstseins und amnestische Aphasie beigesellten. Tod. Bei der Autopsie zeigte sich hinter dem Sitz des Extraduralabscesess nach Eröffnung der Dura in einer Tiefe von 5 mm ein pflaumengrosser Abscess am Boden der zweiten linken Frontalwindung, ausserdem ausgedehnte Leptomeningitis.

R. räth dringend, bei Stirnhöhlenoperationen das Verhalten der hinteren Wand zu beobachten und auch ohne Auftreten von Herdsymptomen bei anhaltenden Kopfschmerzen in die Tiefe weiter vorzudringen und die Dura freizulegen, was nach R.'s Auffassung ebenso wie die häufig unbeabsichtigte Freilegung derselben bei Ohraufmeisselungen keine nennenswerthe Gefahr in sich birgt.

Discussion:

Kronenberg (Solingen) legt auf das Vorhandensein oder Fehlen der Pulsation des Eiters keinen entscheidenden Werth; er hat bei Stirnhöhlenempyemen Pulsation, ohne dass die Dura freilag, gesehen, ebenso Fehlen der Pulsation trotz Verbindung mit der Dura; K. erklärt sich dies durch die Annahme, dass schwartige Verdickungen und Verwachsung der Dura in der Umgebung der Durchbruchstelle bestehen.

Hansberg hält die Bezeichnung extraduraler Abscess in diesem Fall für zweckmässiger als subduraler und bestätigt die auch von Reinhard beobachtete Thatsache, dass die Stirnlappenabscesse selten Herdsymptome machen. Eine Freilegung der Dura hält H. nicht für absolut gefahrlos und sucht z. B. bei Aufmeisselung des Nasenfortsatzes dieselbe nach Möglichkeit zu vermeiden.

V. Buss (Münster i. W.) demonstrirt einen kindsfaustgrossen Tumor des Nasenrachenraums, der bei Entfernung der colossal hypertrophirten unteren Muschel beim Durchschneiden des hinteren unteren Muschelrandes mit abgetragen wurde; die Geschwulst enthält kleine Knochenpartien und ist nach Ansicht des Vortragenden durch Hypertrophie der hinteren Muschelenden, die in Folge eines Entzündungsprocesses mit einander verklebt und verwachsen waren, entstanden. Eine Verbindung mit dem Nasenrachenraum war nicht festzustellen, wohl aber mit den unteren Muscheln.

VI. Hopmann II: Ueber Rhinitis caseosa.

Bei der an Nasenverstopfung und eitriger Secretion leidenden 9jährigen Patientin war die rechte Nasenseite frei, links Hypertrophie der mittleren Muschel; die Nasengänge angefüllt mit käsiger, übelriechender Masse, die durch Ausspritzen leicht entfernt wurde; die mikroskopische Untersuchung ergab nur Leukocyten. Die Nebenhöhlen wurden frei befunden. Aetiologisch dürfte wahrscheinlich ein beim Erbrechen oder Husten durch die Choanen in die Nase gelangter Fremdkörper die Ursache sein.

Discussion:

Röpke hat einen ähnlichen Fall beobachtet, bei welchem wahrscheinlich eine Rhinitis fibrinosa die Entstehung der käsigen Massen verursacht hatte.

VII. Nehab (Ems) empfiehlt das in der Poliklinik von Scheier (Berlin) vielfach angewandte Sanoform zur Nachprüfung.

Dasselbe wird als Streupulver und 10proc. Sanoformgaze gebraucht und verbindet die antibacterielle Wirkung des Jods und der Salicylsäure, die bei Berührung des Sanoform mit dem lebenden Gewebe frei werden; es ist geruch- und farblos. Intoxikationserscheinungen wurden nicht beobachtet; bei eitrigen Processen und zur Nachbehandlung nach galvanokaustischen Operationen hat es gute

Dienste geleistet und ist nach Ansicht des Vortragenden ein gutes Ersatzmittel für Jodoform.

Discussion:

Blumenfeld (Wiesbaden) fragt den Vortragenden, ob nach Anwendung des Sanoform Jod im Harn nachweisbar sei, was N. bejaht.

VIII. Zumbroich (Düsseldorf): Demonstration eines Falles von Tabes auf luetischer Basis mit rechts completer, links incompleter Recurrenslähmung.

Moses (Köln).

---

b) Londoner larngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. April 1905.

Davis: 1. Traumatische Perforation der Nasenscheidewand bei einem 17jährigen Knaben.

Es handelte sich um eine Perforation des knorpeligen Septums bei einem Knaben, der in einer Zuckerniederlage beschäftigt war. Er gab an, dass es in den Arbeitsräumen sehr staubig war und dass er sich während der Arbeit ständig in der Nase kratzte. Die Perforation hat sich, seitdem Patient die Beschäftigung geändert hat und Ausspülungen mit Tanninlösung macht, erheblich verkleinert.

2. Ein seit drei Wochen in den oberen Luftwegen eines 10jährigen Kindes eingekeiltes Stück Kreide.

Es war Dyspnoe und Bronchitis vorhanden; während der laryngoskopischen Untersuchung veränderte das Kreidestück seine Lage und wurde verschluckt. Später ging der Fremdkörper per rectum ab.

Jobson Horne: Ein Fall von Kehlkopfkrebs.

Es handelte sich um einen 58jährigen Mann, der vor 15 Jahren Syphilis acquirirt hatte; die linke Seite des Larynx ist ergriffen, die rechte gesund.

De Santi hält den Fall für eine Operation sehr geeignet.

Ch. Symonds glaubt, dass der Tumor von der Epiglottis ausgehe und sich auf die ary-epiglottische Falte fortgesetzt habe.

Dundas Grant hält eine Ausbreitung der Geschwulst auf den Pharynx nicht für ausgeschlossen. Eine Palpation in Narkose könnte dies feststellen. Im positiven Fall würde die Prognose sich erheblich ändern.

Sir Felix Semon hält den Fall zur Pharyngotomia subhyoidea für geeignet. Selbst wenn der Tumor ausgedehnter sei, als es nach der laryngoskopischen Untersuchung scheint, würde dies die Chancen einer Totalexstirpation nicht herabsetzen.

Kelson: Ein Fall von Zungentumor bei einem 60jährigen Mann.

Seit vier Monaten Trockenheit im Halse und Schluckbeschwerden. Man findet einen kirschgrossen Tumor auf dem Zungenrücken in der Gegend des Foramen coecum. K. glaubt, dass der Tumor mit dem Ductus thyreo-glossus zusammenhänge.

Davis hält den Tumor für eine Cyste des Thyreo-glossus.

Robinson glaubt, dass der Tumor mit dem lymphatischen Gewebe in der Umgebung der Papillae circumvallatae zusammenhänge.

Lambert Lack: Fall von Spitzbogenform des Gaumens und Schiefstellung der Zähne in Folge von Nasenverstopfung.

Es handelte sich um einen $12^1/_2$ jährigen Knaben, der seit 2 Jahren eine linksseitige Facialislähmung hatte. Die Spannung der Gewebe war auf der rechten Seite des Mundes viel ausgesprochener als auf der linken gelähmten. Es bestand Nasenverstopfung und Mundathmung; es fand sich die typische Form des hohen Gaumens und die Zahnstellung, wie sie für Mundathmer charakteristisch sind; auffallend war jedoch, dass die Deformität des Ober- und Unterkiefers weit ausgesprochener auf der rechten Seite war, d. h. auf der Seite, auf der die Spannung der Gewebe eine grössere war. L. sieht in diesem Fall eine Stütze für die von ihm stets vertretene Theorie, wonach bei der in Frage stehenden Deformität die hauptsächlichste Rolle dem von den Weichtheilen der Wange ausgeübten Zuge zukomme.

Ball hält den Fall gleichfalls für sehr lehrreich; er kann aber nicht zugeben, dass der Zug der Weichtheile das einzige Moment beim Zustandekommen der Deformität sei.' Er führt als weitere Momente die Weichheit der Knochen und das Element der Heredität an.

Robinson: Man kann kaum von einer bestehenden Facialislähmung sprechen. Könnte nicht fehlerhaftes Beissen zu einer solchen Asymmetrie führen?

Westmacott hat zusammen mit Champion eine Anzahl von sogenannten hohen Gaumen untersucht; er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Höhenzunahme nur eine scheinbare ist und thatsächlich nicht besteht. Es ist nur eine Annäherung der Alveolarränder vorhanden. Auch ist der Nasenboden nicht erhöht.

Der Vorsitzende theilt einen Fall von congenitaler Choanalatresie mit, bei dem der vordere Theil der Nasenhöhle weit und gut entwickelt war. In diesem Fall waren die Alveolarbögen so verdickt, dass sie in der Mittellinie des Gaumens zusammenstiessen.

Sir Felix Semon hat einen Fall von Choanalatresie mit völlig normalem Gaumen gesehen.

Kelson: Wenn man dem Muskelzug eine Rolle beim Zustandekommen der Deformität einräumt, woher kommt es, dass diese so wenig beim Unterkiefer ausgesprochen ist, der der Thätigkeit sehr kräftiger Muskeln, wie der Masseteren und der Pterygoidei ausgesetzt ist?

Thorne: In Lack's Fall zeigt der Unterkiefer dieselbe Asymmetrie wie der Oberkiefer, wie das auch stets bei Mundathmern zu erwarten ist.

Pegler: 1. Fall von Verbreiterung und Deformation der äusseren Nase, verursacht durch beiderseitige weiche Schwellung am vorderen Drittel des knorpeligen Septums. Vollständige Verstopfung der Nase.

Eine Narbe am Gaumen spricht für Syphilis. Es ist Jod gegeben worden.

In der Discussion wird die Differentialdiagnose zwischen Gummi und Hämatom des Septums erörtert; es betheiligen sich daran Robinson, Grant, De Santi, Horn, Davis und der Vorsitzende.

2. Fall von hartnäckigem Kopfschmerz, begleitet von Borkenbildung und schleimig-eitriger Secretion, bei einem 40jährigen Mann, bei dem die Untersuchung der Oberkiefer-, Stirn-, Keilbeinhöhle keine Resultate ergeben hat.

Die Hauptsymptome sind Borkenbildung und schleimig-eitriger Ausfluss; es besteht kein Fötor; die Nasenschleimhaut ist atrophisch.

Waggett und Clair Thomson halten Empyem der hinteren Siebbeinzellen für vorliegend und erachten weiteres chirurgisches Vorgehen für erforderlich.

Dundas Grant spricht über den Sondermann'schen Saugapparat als einem Hülfsmittel bei der Diagnose.

Sir Felix Semon, Westmacott, Tilley glauben, dass hier einer jener Fälle vorliege, in denen es sich nicht um eine bestimmte Erkrankung der Nebenhöhlen, sondern um einen allgemeinen krankhaften Zustand der Schleimhaut im Rachen und Nasenrachen handelt.

Betham Robinson: Weiches Fibrom des linken Stimmbandes.

Charters Symonds: Angiom des Kehlkopfs.

Pat., ein 30jähriger Mann, klagt über häufige Schnupfenanfälle, begleitet von Heiserkeit. Vor 10 Jahren Syphilis, die behandelt worden war.

Man fand eine purpurrothe, harte Schwellung mit lappiger Oberfläche, oberhalb der rechten Stimmlippe, in welcher das Taschenband aufgegangen war. Von Zeit zu Zeit wechselte der Tumor an Grösse; bei der Phonation wurde der vordere Theil des rechten Stimmbandes sichtbar, das in seinen Bewegungen und seinem Aussehen normal war. S. glaubt, dass es sich um ein seit der Geburt vorhandenes Angiom handelt.

Sir Felix Semon stimmt der Diagnose zu; es handelt sich um ein sehr seltenes Vorkommniss, wie er es noch nicht gesehen hat. Er räth, den Tumor nicht anzurühren.

St. Clair Thomson beschreibt einen ähnlichen Fall, den er vor 30 Jahren beobachtet und der an Blutungen litt; es ist damals Galvanocaustik angewandt worden.

Pegler und Scanes Spicer betheiligen sich an der Discussion.

Herbert Tilley: Subglottische Schwellung wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs Trachealstenose verursachend.

Antisyphilitische Behandlung ist bisher ohne Erfolg geblieben. Er fragt, ob die Tracheotomie rathsam ist.

Robinson hat einen ähnlichen Fall, in dem antisyphililitische Behandlung keine Besserung hervorbrachte, mit Tracheotomie behandelt.

Tilley: Rechtsseitige Abductorlähmung mit Lähmung der rechten Gaumen- und Pharynxhälfte, des rechten Sternomastoideus, der oberen Fasern des Trapezius, Ptosis des rechten Augenlids und Pupillencontraction.

Pat. ist ein 61jähriger Mann, bei dem die Symptome im Anschluss an einen

Spasmus der Athmung verknüpft mit vorübergehendem Bewusstseinsverlust auftraten. Unterhalb des Kiefers bestand auf der rechten Seite eine taubeneigrosse harte Geschwulst in der Gegend der Submaxillardrüse. Hinter dem aufsteigenden rechten Oberkieferast, zwischen diesem und dem vorderen Rand des Sternocleidomastoideus eine Anschwellung. Es waren nirgends sonst Anzeichen einer Nervenläsion aufzufinden. Möglicherweise handelte es sich um einen Tumor an der Schädelbasis, in dem der Nerv eingeschlossen war. Die Krankengeschichte datirt seit 2 Monaten.

Dundas Grant, Robinson, Sir Felix Semon betheiligen sich an der Discussion.

Waggett: Fall von doppelseitigem Stirnhöhlenempyem bei einem jungen Manne durch Operation von aussen behandelt.

Die Operation von aussen gestattete eine Inspection der rechten Stirnhöhle, zeigte, dass der untere Theil der Höhle unter Ausspülungen von der Nase her völlig geheilt war, während in dem oberen von jenem durch ein Septum getrennten Theil der Höhle noch reichlich Eiter vorhanden war; dieses Septum communicirte durch eine Oeffnung mit der linken Stirnhöhle. Links wurde nach Killian operirt, rechts nach Ogston-Luc. Fünf Monate nach der Operation ist die Heilung vollkommen; es ist beiderseits ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat vorhanden.

Charters Symonds: 1. Larynxpapillome.

Bei dem 37 jährigen Patienten ist ein solches Papillom am vorderen Theil der linken Stimmlippe vorhanden.

2. Ein Fall, bei dem vor 7 Jahren die Totalexstirpation des Kehlkopfs gemacht worden ist.

Es handelt sich um eine 64 jährige Patientin; es ist im Januar 1898 der Kehlkopf exstirpirt worden, gleichzeitig die Schilddrüse, an der man einige geschwollene Lymphdrüsen fand. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Die Trachea war an die Haut fixirt worden; Pharynxnaht. Wenig Zeit später entwickelte sich Myxödem, das unter Anwendung von Schilddrüsenextract sich besserte, doch muss mit der Behandlung fortgefahren werden. Patientin befindet sich ausgezeichnet und steht einer Hôtelküche vor. Sie kann sich sehr gut verständlich machen.

Im Jahre 1895 hat Sir Felix Semon bei ihr die Tracheotomie vorgenommen wegen einer auf Juxtaposition der Stimmlippen und Infiltration derselben beruhenden Dyspnoe. In dem engen Glottisspalt sah man einen weisslichen Tumor. Aphonie bestand schon seit 10 Jahren. Nach Tracheotomie trat Besserung ein und es wurde Jodkali gegeben.

Sir Felix Semon, Thorne, Thomson beglückwünschen den Redner zu dem guten Resultat.

Donelan: Larynxgeschwüre (zur Diagnose vorgestellt).

Sitzung vom 5. Mai 1905.

Donelan: Fall von fast vollständigem knöchernen Verschluss der linken Nase in Folge Trauma und Septumverbiegung bei einem 25jährigen Mann.

Waggett, Tilley, Grant, Pegler, Scanes Spicer sprechen über die in Frage kommenden Operationsverfahren.

De Santi: Kehlkopffall zur Diagnose.

56jähriger Mann; es besteht rechtsseitige Stimmbandlähmung und Schwellung des rechten Crico-arytaenoidgelenks, die Bewegungen des linken Stimmbands sind beschränkt. Es sind keine Symptome einer intrathoracischen Erkrankung auffindbar.

Dundas Grant beschreibt einen ähnlichen Fall, in dem die Bougirung der Speiseröhre einen malignen Tumor ergab.

Sir Felix Semon macht auf die Möglichkeit aufmerksam, dass hier eine Anchylose des Arytaenoidgelenks vorliege.

Thorne, Woods, Barwell sprechen über die Diagnose.

Scanes Spicer und Horne rathen, eine Untersuchung der Brust mit Röntgenstrahlen vorzunehmen.

Waggett: Blutender Septumpolyp bei einem 9jährigen Knaben.

In beiden Nasenhöhlen war je ein himbeerartiger Tumor vorhanden, der mit breiter Basis dem Septum aufsass. Es kam häufig zu Blutungen. Der Tumor auf der rechten Seite ist bereits vor 2 Jahren constatirt worden.

Pegler, Scanes Spicer und Wood halten den Fall für tuberculös.

Horne: Die histologische Untersuchung, auch der Befund von Riesenzellen, sind kein sicherer Beweis für Tuberculose.

Sir Felix Semon: Zerstäuber zum Spray für flüssige Vaseline.

Der von Goldstein (St. Louis) construirte Apparat besteht aus einem Nasenbehälter, in dem Vaselin zerschmolzen wird und an dem ein Zerstäuber befestigt ist. Die Anwendung ist bei atrophischer Rhinitis von Nutzen.

Pinkus demonstrirt in Abwesenheit von Heryng (Warschau) einen neuen Inhalator.

Lambert Lack: Fall von Angiom des Gaumens.

Pat. ist ein 21 jähriges Mädchen. Seit 12 Monaten besteht auf dem Gaumensegel ein rother Fleck, der in den letzten 2 Monaten an Grösse zugenommen hat, jetzt ungefähr die Grösse eines Schillings hat und sich bis auf die Wange ausausgedehnt hat. Die Oberfläche ist von dilatirten Gefässen bedeckt. Beim Essen treten Blutungen auf.

Der Vorsitzende, De Santi und Waggett rathen zur Exstirpation; die Incision soll in einiger Entfernung vom Tumor angelegt werden.

Dundas Grant: Pharynxdivertikel sich in den rechten Sinus pyriformis öffnend.

Bei der 51 jährigen Patientin bestehen seit einem Jahre geringe Schwierigkeiten beim Schlucken. Ueber der rechten Kehlkopfhälfte fand man eine längliche

Anschwellung. Nachdem Patientin eine Bismuthemulsion verschluckt hatte, wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, und es zeigte sich das Vorhandensein eines jener Schwellung entsprechenden Divertikels. Nach dem Schlucken regurgitirte oft unverdaute Nahrung. Die Einführung einer Sonde gelang nicht.

Waggett räth zur sorgfältigen Untersuchung der Oeffnung mittels einer kurzen Killian'schen Tube.

Davis: Linksseitige Facialislähmung seit einer Woche; Ulceration des Oro- und Nasopharynx seit 5 Wochen.

Die Facialislähmung soll nach einer nächtlichen Eisenbahnfahrt aufgetreten sein; es handelt sich nach D.'s Ansicht um eine wirkliche Ball'sche Lähmung. Die Geschwüre sind specifischer Natur; ihr Zusammentreffen mit der Lähmung ist ein rein zufälliges.

Sir Felix Semon denkt an die Möglichkeit, dass die Lähmung durch ein Gummi bedingt sein kann und räth eine antisyphilitische Behandlung.

Dundas Grant: Eine Ball'sche Lähmung würde schnell von selbst verschwinden; im Interesse des Patienten liegt es, ihm bald Jodkali zu geben.

Dundas Grant: Pharynxgeschwür vom Aussehen einer tertiärsyphilitischen Affection, jedoch mit einer für Epitheliom charakteristischen Induration.

Die Krankheit besteht seit 3 Monaten; es ist keine Drüsenschwellung vorhanden.

Sir Felix Semon räth zur mikroskopischen Untersuchung; er wie De Santi und der Vorsitzende halten eine maligne Erkrankung für wahrscheinlich.

Scanes Spicer: Subacute Osteomyelitis des Stirnbeins mit Empyem der rechten Stirnhöhle.

S. sah den 35jährigen Patienten 4 Tage nach Beginn der Krankheit. Es bestand Schwellung in der Gegend der rechten Stirnhöhle; Oedem des Augenlids und Schmerzen. Es wurden Eisumschläge gemacht, Mentholinhalationen; da dies keinen Erfolg hatte, wurde die Höhle von aussen geöffnet und man fand sie voller Eiter und das Stirnbein entzündet. Heilung.

Der Vorsitzende erwähnt einen ähnlichen tödtlich verlaufenen Fall.

Sitzung vom 2. Juni 1905.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Barwell: 1. Fall von Nasentuberculose.

29jährige Frau mit den Zeichen des ersten Stadiums einer Phthise, auf der einen Seite des Septums fand sich vorn ein tuberculöses Ulcus und auf der mittleren Muschel eine Granulationsmasse.

Smurthwaite erwähnt einen Fall von primärer Tuberculose des Septums, bei dem sich später eine acute Lungentuberculose entwickelte.

Charters Symonds hat in Fällen von primärer Tuberculose des Septums und der unteren Muschel Heilung eintreten sehen.

2. Fall von Lupus des Larynx und der Uvula.

Cathcart: 1. Fall von eigenthümlichen multiplen Geschwülsten in der Regio epiglottica bei einem 43jährigen Mann.

Davis und Thorne glauben, dass es sich um Hyperplasien der Zungentonsille handle.

2. Fall von Neubildung in der rechten Oberkieferhöhle eines 10jährigen Knaben.

Barwell und der Vorsitzende halten eine Zahncyste für vorliegend.

De Santi: Präparate von einem malignen Tumor des Rachens und Kehlkopfs.

Patientin ist in einer früheren Sitzung vorgestellt worden.

Der Vorsitzende erklärt die Präparate für Carcinom.

Kelson: 1. Präparate von einem Zungentumor.

Das mikroskopische Bild ist das eines Fibroms.

2. Fall von Ausschlag im Pharynx.

Pat. ist eine 47jährige Frau; auf den Tonsillen und dem Gaumen bestehen auf einer gerötheten Unterlage weissliche Flecken, die zum ersten Mal vor fünf Monaten auftraten. Es sind im Jahre 1903 und 1904 der Gesellschaft ähnliche Fälle vorgestellt worden, die gleichfalls den secundär-syphilitischen Affectionen der Secundärperiode durchaus ähnlich sahen, aber ebenfalls auf antisyphilitische Behandlung nicht reagirten; auch fand sich in den Antecendentien nichts von Syphilis. Die Affection bestand stets länger als ein Jahr, war oberflächlich und hinterliess keine Narben. Niemals waren Blasen vorhanden. Von Zeit zu Zeit verschwanden die Flecken, um wiederzukommen.

de Havilland Hall und der Vorsitzende discutiren die Möglichkeit, dass es sich um Herpes oder Pemphigus handelt.

Smurthwaite: Kehlkopfepitheliom bei einem 51jährigen Mann.

Patient ist seit 5 Jahren heiser. Das rechte Stimmband ist verdickt und hat unregelmässige Beschaffenheit. Ein Stück davon wurde entfernt; die Untersuchung ergab Plattenepithelkrebs. In der Mitte des linken Stimmbandes besteht gleichfalls eine erkrankte Partie.

De Santi spricht über die von Moore (Lancet. April 1905) vorgeschlagene Methode, bei Carcinom, gleichviel an welcher Stelle des Körpers der Sitz der Neubildung sei, den Mageninhalt auf freie Salzsäure zu untersuchen.

Sir Felix Semon meint, dass hier einer der seltenen Fälle von Autoinfection des anderen Stimmbandes vorliege.

St. Clair-Thomson spricht über den Werth der Digitaluntersuchungen des Kehlkopfs nach der Laryngofissur.

Lambert Lack hält keine maligne Neubildung für vorliegend.

Saint Clair Thomson: Zeichnung von einem Kehlkopfangiom.

Es handelte sich um eine Teleangiectasie, die, unterhalb der Schleimhaut gelegen, die rechte Fossa glosso-epiglottica, die Taschenbänder, die subglottische Region und die rechte ary- und epiglottische Falte einnahm. Pat. war 30 Jahre alt.

Atwood Thorne: 17jähriges Mädchen mit völliger Lähmung des linken Stimmbandes, verbunden mit Dilatation der linken Pupille, Mitralstenose und Erweiterung des linken Herzohrs.

Vor 4 Jahren acuter Rheumatismus; seit 4 Monaten Heiserkeit. Radialpuls auf beiden Seiten gleich. Dr. Wilfred Harris hat die Brustorgane untersucht und fand eine ausgesprochene Mitralstenose. Untersuchung mit X-Strahlen ergab kein Aneurysma, dagegen einen ausserordentlich grossen Schatten an der Herzbasis auf der linken Seite, was als eine Hypertrophie des Herzohrs gedeutet wurde.

Thorne erklärt den Fall als Compression des Recurrens durch das vergrösserte Herzohr; die Dilatation der Pupille wird zurückgeführt auf eine Reizung des Sympathicus aus derselben Ursache.

Lambert Lack: 1. Mikroskopische Schnitte von einem Angiom des Gaumens, das von dem in der letzten Sitzung demonstrirten Patienten herstammt.

Die Geschwulst ist exstirpirt worden. Der Schnitt wurde im gesunden Gewebe geführt. Eine Blutung aus einer Arterie wurde mit dem Thermokauter zum Stehen gebracht. Die Schnitte zeigen, dass es sich um ein einfaches Angiom handelte.

Pegler hält den Fall für ein reines cavernöses Angiom.

2. Präparat von adenoiden Vegetationen, die bei einem 59jährigen Manne entfernt wurden.

Pat., ein sonst völlig gesunder Mann, klagte seit 3 Monaten über Schwerhörigkeit, die im Anschluss an eine damals überstandene Influenza aufgetreten ist. Man fand grosse adenoide Vegetationen, nach deren Entfernung das Gehör völlig wiederhergestellt war.

St. Clair Thomson beschreibt einen ähnlichen eine 50jährige Frau betreffenden Fall.

Furniss Potter hat gleichfalls bei einer 47jährigen Frau solchen Fall beobachtet.

Ferner sprachen der Vorsitzende und De Santi.

De Santi: 47jährige Frau mit inspiratorischer Dyspnoe (zur Diagnose).

Vor 16 Jahren Syphilis. Die Untersuchung ergiebt atrophische Rhinitis, Pharyngitis sicca, chronische Laryngitis und Hyperplasie der Schilddrüse. Letztere ist nach De Santi's Ansicht die Ursache der Dyspnoe.

Havilland Hall meint, der inspiratorische Stridor beruhe auf perverser Action der Stimmlippen; hier wie anderen Fällen sei die von Semon als dia-

gnostisches Merkmal beschriebene Erscheinung vorhanden, dass am Ende einer prolongirten Phonation die Stimmbänder abducirt werden.

Sir Felix Semon spricht über die Thätigkeit der Stimmbänder in Fällen von functionellen Störungen.

Scanes Spicer: Neubildung des linken Stimmbandes bei einem 73jährigen Manne.

Heiserkeit seit 9 Monaten. Es handelt sich um eine papillomöse Neubildung. Das Stimmband bewegte sich normal.

Sir Felix Semon hält das mikroskopische Bild für verdächtig auf Carcinom.

Kelson: Ulceration der Tonsillen und des Gaumens bei einem 45jährigen Manne.

Das Geschwür besteht seit 4 Monaten; Drüsen geschwollen. Es handelt sich wahrscheinlich um eine maligne Erkrankung.

Parker: Fall von Infiltration des Pharynx.

Mehrere Redner erörtern die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Manuel Garcia's 101. Geburtstag.

Am 17. März feierte unser Altmeister, Manuel Garcia, in vollster geistiger und körperlicher Frische seinen hundert und ersten Geburtstag. Mit Freude und Dankbarkeit gedachte er der ihm im letzten Jahre dargebrachten Ovationen und ganz besonders freute es ihn, dass unter den zahlreichen Glückwunschtelegrammen, die ihm an seinem diesmaligen Geburtstag zugingen, sich auch Botschaften von der Londoner laryngologischen Gesellschaft, von den derzeitigen Berliner Delegirten (Professoren Fränkel, Gluck, Kuttner und Generalarzt Landgraf), von Prof. Chiari und Dr. Moll und Gattin befanden. — Mögen dem ehrwürdigen Vater der Laryngologie noch viele Jahre in gleicher Rüstigkeit beschieden sein! —

Gründung der Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Am 6. Juli 1905 berief Prof. Barth die Leipziger Kehlkopf- und Ohrenärzte zusammen und richtete an sie die Anfrage, ob sie sich zu einer Fachvereinigung zusammenschliessen wollten. Von den Anwesenden wurde beschlossen, eine „Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte“ zu gründen. In Folge eines Aufrufs an die Collegen in Sachsen und Thüringen beschloss alsdann eine Versammlung am 4. November die Satzungen. Der Sitz der Gesellschaft, welche zur Zeit 59 Mitglieder zählt, ist vorläufig Leipzig. Der Ort der Versammlungen kann wechseln. Vorsitzender Prof. Barth, Schriftführer Privatdocent Dr. Preysing, Leipzig, Liebigstrasse 20.

Es sind vier Versammlungen im Jahre in Aussicht genommen.

Versammlung am 17. Februar 1906:

Vortrag Barth: Die Tonhöhe der Sprechstimme.

(Von diesem Vortrag wird in bälde ein Autoreferat im Centralblatt erscheinen. Red.)

Vor-Einladung zum Congress des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 4. Juni, findet in Heidelberg in der üblichen Weise der XIII. Congress süddeutscher Laryngologen statt. Das definitive Programm wird Ende April verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, sich an unserer Tagung persönlich zu betheiligen und etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 25. April bei dem Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Ernst Winckler (Bremen), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden): Luisenstrasse 22, Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angemeldet:

1. Herr Gutzmann (Berlin): Ueber die Tonlage der Sprechstimme.
2. Herr Kuhn (Cassel): Die perorale Tubage (Kuhn) in der Pharyngo Rhinologie.
3. Herr Killian (Freiburg): Zur Diagnose des Aortenaneurysmas.
4. Herr Seifert (Würzburg): Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
5. Herr Dreyfuss (Strassburg): Die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberculose.
6. Herr Winckler (Bremen): Bakteriologische Befunde bei Nasen- und Rachenaffectionen nebst Schlussfolgerungen für die Praxis.

Der internationale laryngologische Congress zu Wien. Ostern 1908.

Die Aussichten für diesen Congress gestalten sich nach den uns zugegangenen Informationen sehr günstig. Bisher haben folgende laryngologische Gesellschaften definitiv zugesagt:

1. Société de Laryngol., d'Otol. et de Rhinologie de Paris.
2. Neederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging Utrecht.
3. The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology Chicago.
4. Società Italiana di Laryngologia, d'Otologia e di Rinologia Firenze.
5. Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
6. Laryngo-otol. Gesellschaft München.
7. Dansk Oto-Laryngologisk Forening Kopenhagen.
8. Société Belge d'oto-, rhino-laryngologie Gand.
9. La Société Espagnole d'Oto-Rhino-Laryngol. Madrid.
10. Warschauer Laryngol. Gesellschaft.
11. Rhino-laryngol. Section Budapest.
12. Deutsche laryngol. Gesellschaft.

Von den meisten anderen Gesellschaften sind auch bereits Zustimmungen, aber noch keine definitiven Zusagen angelangt.

Persönlich haben u. A. zugesagt:

Belgien: Baer, Eeman, Broeckaert, Capart, Delstanche, Schiffers.

Grossbritannien: Baber, Bronner, Lake, Law, McBride, Mackenzie, Moritz, Pritchard, Semon.

Holland: Burger, Pel, Meyjes, Zwaardemaker, Struyken, Sovpuytt, Hittemaker.

Norwegen: Uchermann.

Spanien: Botella, Urunuela.

Italien: Vedova.
Rumänien: Felix.
Frankreich: Castex, Lermoyez, Moure, Mahu, Jaques, Furet.
Dänemark: Schmiegelow.
Russland: Werkowsky, Maljutin.
Griechenland: Dimitriades.
Amerika: Knight, Coggerhall, Wood.
Schweiz: Mermod.
Deutschland: B. Fränkel, P. Heymann, Hartmann, Baginsky, Schötz, Katzenstein, Winckler, Haug, Grünwald, Thost, M. Schmidt, Bresgen, Seifert, Spiess, Vohsen, Avellis, Killian, Jurasz, Brieger.

Das Comité für den internationalen Otologencongress 1908 in Budapest hat seine Bereitwilligkeit erklärt, diesen Congress im unmittelbaren Anschluss an den Wiener internationalen Laryngologencongress abzuhalten.

Es wird eine Türck-Czermak-Medaille geprägt werden.

Bei Gelegenheit des Wiener Congresses wird die Gelegenheit gegeben werden, sich über das Verhältniss internationaler laryngo-rhinologischer Congresse zu den allgemeinen internationalen Congressen auszusprechen und bezügliche Entschlüsse zu fassen.

Personalnachrichten.

Unserem verdienten Specialcollegen, Dr. de Roaldès, ist von seinen Mitbürgern der Ehrenpokal (loving cup) zuerkannt worden, welcher alljährlich in New Orleans demjenigen Manne verliehen wird, der sich in dem betreffenden Jahre die grössten Verdienste um die Stadt erworben hat. Die besondere Veranlassung bildete die durch seinen Enthusiasmus ins Werk gesetzte Gründung eines Musterhospitals für Krankheiten der Augen, Ohren, des Halses und der Nase.

Dr. Ruault (Paris) ist zum Officier der Ehrenlegion ernannt worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Dr. Noltenius ist mit der Leitung der laryngo-oto-rhinologischen Abtheilung am städtischen Hospital in Bremen betraut worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Dr. Keimer ist zum Professor der Rhino-Laryngo-Otologie an der Akademie in Düsseldorf ernannt worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Berichtigung.

Die in der Märznummer d. J. erschienene Besprechung der Arbeit von W. Ziliacus: „Die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopf" ist nicht von Herrn Jörgen Möller, sondern stellt ein Autoreferat dar.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Mai. 1906. No. 5.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, äusserer Hals, Medicamente.

1) **T. v. Györy. Die historische Wahrheit im Kehlkopfspiegelstreite Czermak-Türck.** *Orvosi Hetilap. No. 46.*

1. Türck bediente sich früher des Kehlkopfspiegels als Czermak, aber ohne nennenswerthe Resultate. 2. Die volle Bedeutung des Kehlkopfspiegels erfasste Czermak früher als Türck. 3. Die ersten Mittheilungen und die erste Demonstration der Laryngoskopie vor der Oeffentlichkeit ist Czermak zu verdanken.

v. NAVRATIL.

2) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystemes. IV. Wie ist meine Theorie bis auf den heutigen Tag zusammenzufassen?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10 1905.*

Zum kurzen Referat nicht geeigent.

HECHT.

3) **C. v. Eicken. Die klinische Verwerthung der directen Untersuchungsmethoden der Luftwege und der oberen Speisewege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 371.*

Die aus der Killian'schen Klinik hervorgegangene nahezu 8 Bogen starke Arbeit legt an der Hand von 124 theils kürzer, theils ausführlicher mitgetheilten Krankenbeobachtungen, sowie unter gründlicher Verwerthung der vorhandenen Literatur den heutigen Stand der Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und der Oesophagoskopie dar. Wer sich mit den directen Methoden, durch welche nach Verf.'s wohl allseitig getheiltem Urtheil „unsere Specialwissenschaft eine bedeutende Erweiterung und Vertiefung erfahren hat", vertraut machen will, wird an der vorliegenden Monographie nicht vorbeigehen dürfen.

F. KLEMPERER.

4) **Otto Dornblüth** (Frankfurt a/M.). **Zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Da die Erreger der Cerebrospinalmeningitis von der Nase und dem Rachen her in den Schädelraum eindringen, empfiehlt Dornblüth prophylaktisch die

grösste Sorgfalt gegenüber den Rachenorganen, insbesondere räth er zu möglichst frühzeitiger operativer Entfernung der hypertrophischen Rachenmandel. Zugleich empfiehlt er bei Meningitisfällen genau auf den Befund im Rachen zu achten, ganz besonders auch bei erkrankten Erwachsenen. HECHT.

5) **M. Hernando de la Cruz. Die Chirurgie der Athmungswege bei Einführung von Fremdkörpern. (La cirugia de las vias respiratorias per introdución de cuerpes extranes.)** *El Porvenir Médic. Farmac. Juni 1903.*

Mittheilung mehrerer Fälle von chirurgischer Intervention bei Fremdkörpern der Luftwege und daran anschliessende Folgerungen. R. BOTEY.

6) **Emil Mayer. Blutung bei Operationen in Nase und Hals. (Hemorrhage in nose and threat operations.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Man soll sich stets vergewissern, ob in der Familie keine Tendenz zu Blutungen besteht. Die Tonsillotomie stellt bei Personen über 17 Jahren nicht die einfache Operation dar, wie bei Kindern. Tamponade der Nase nach der Operation ist ein Schutz gegen postoperative Blutungen. EMIL MAYER.

7) **G. Scherber** (Wien). **Ein Fall von Pemphigus mit eigenthümlichem Verlauf.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Gleichzeitig mit hochgradigen Veränderungen der Haut der Nase und Oberlippe kam es zur ulcerösen Zerstörung des knorpeligen Septums, sowie des Naseninneren bis gegen die Choanen, welche durch zähen, grüngelben Eiter verstopft waren. Das knöcherne Septum war intact, nirgends konnte man rauhen Knochen fühlen. Afficirt war auch der weiche Gaumen, dagegen der harte Gaumen, Rachen und Kehlkopf frei. CHIARI.

8) **Roger S. Morris. Schlussbemerkung über den Fall II von angioneuretischem Oedem. (Final note on case II of angioneurotic oedema.)** *American Journal Med. Sciences. September 1905.*

Ein Zusatz zu dem Bericht über einen der beiden in derselben Zeitschrift im Januar 1904 veröffentlichten Fälle; Pat. starb plötzlich an Apoplexie. Der Kehlkopf bot einen extremen Grad von Oedem dar. A. LOGAN TURNER.

9) **Bayer. Ueber die Rolle der Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Halses in der Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Pharyngolaryngealaffectionen; über die Untersuchung und Behandlung des Halses von aussen; einige Beobachtungen. (Du rôle des ganglions des vaisseaux lymphatiques du cou dans la pathogénie des affections oto-rhino-pharyngo-laryngiennes; de l'examen et du traitement externe du cou; quelques observations.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1905.*

Der Autor hat im Laufe der Jahre eine stattliche Anzahl Kranker beobachtet, welche vergeblich alle möglichen Behandlungen für chronische Nasen-, Ohren- und Halsaffectionen durchgemacht hatten, sei es, dass man darin rein nervöse Störungen erblickte und sie auf diese behandelte, dass man sie pathologischen Zuständen der Schleimhäute, des cytogenen Gewebes des Waldeyer'schen Ringes

und anderen Umständen zuschrieb und mit operativen Eingriffen gegen sie zu Felde zog. Die wahre Ursache blieb immer verborgen, und doch wäre es so leicht gewesen, derselben auf die Spur zu kommen, wenn man es sich hätte angelegen sein lassen, den Hals einer Untersuchung von aussen zu unterziehen. Der Autor hat sich in einer eingehenden Studie die Aufgabe gestellt darzuthun: 1. welche Rolle den Lymphgefässen und Lymphdrüsen des Halses in der Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Pharyngolaryngeal-Affectionen zukommt; 2. die äussere Halsuntersuchung, welche seit der Einführung des Laryngoskops beinahe vollständig vernachlässigt wurde, wieder zu Ehren zu bringen und 3. die Behandlungsweise bekannt zu geben, welche er bei gewissen Affectionen adoptirt hat, welche in intimer Beziehung zu dem Lymphgefäss- und Lymphdrüsensystem des Halses stehen.

Nach einem anatomischen Ueberblick über die Disposition des Halslymphdrüsensystems und der Lymphgefässe, welches jenes versorgen, bespricht er die Aufgabe, welche diesem System im Organismus zukommt, eine Aufgabe, die im Allgemeinen darin besteht, die angesammelte und im Lymphstrom fortgeleitete Lymphe durch verschiedene Processe: Desintoxication, Phagocytose, Transformation in für die Hämatopoese taugliche Elemente etc. der Einverleibung in den Blutstrom geeignet zu machen. Wenn diese physiologische Aufgabe des Lymphgefässdrüsensystems durch pathologische Vorgänge gestört wird, wozu sich recht häufig Gelegenheit bietet von Seiten der Gesichtshaut, der Scheimhaut der Gesichts- und angrenzenden Höhlen — Nase, Mund, Rachen, Ohr und Kehlkopf —, indem sie chronische Lymphdrüsenanschwellungen, chronische Adenitiden, Periadenitiden etc. veranlassen, dann sieht man eine Reihe von Störungen auftreten und dadurch unterhalten werden, die man unter zwei Kategorien zusammenfassen kann, als 1. unmittelbare und 2. entfernte Störungen.

Die unmittelbaren Störungen beziehen sich auf die Lymphcirculation und sind die Folge von Hindernissen, welchen der Lymphstrom auf seiner Bahn nach den grossen Lymphsammlern, welche sich links in den Ductus thoracic., rechts in die grossen Ven. lymphat. ergiessen, begegnet und welche man als Stauungserscheinungen in den Geweben als Folge des gehemmten Lymphabflusses und Compression der grossen Halsvenen auffassen kann; dahin gehören die chronischen Schleimhautanschwellungen, Höhlenexsudate und Behinderung der Resorption von solchen, Hypertrophien und Hyperplasien der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes etc., besonders des cytogenen Gewebes und begreift man so den Misserfolg gewisser Adenotomien, welche vergebens wiederholt wurden, den von Conchotomien, Sinusitidenoperationen etc.

Die entfernten Störungen sind rein mechanischer Natur und bedingen nur gelegentlich functionelle Störungen; sie kommen einfach durch den Druck zu Stande, welchen die Lymphdrüsenanschwellungen auf die Nachbarorgane ausüben und beziehen sich entweder auf die Sphäre 1. der Sensibilität (als unbestimmtes Gefühl von Druck, Fremdkörpergefühl, Genirtsein etc.) im Niveau z. B. der Zungenbasis, der Pharynxwände, der Tub. Eustachii etc. etc., oder auf die Sphäre 2. der Motilität: Stimmstörungen, Aphonien, Deglutitionsstörungen etc. Eine Hauptrolle dabei spielen die Störungen, welche aus der Compression der grossen

Halsvenen, namentlich der V. jugul. int. resultiren und welche man im Allgemeinen auf passive Kopfcongestionen zurückführen kann; dahin gehören: Schläfrigkeit, Gedächtnissschwäche, Gesichtsröthung und congestive Accentuirung der Symptome, welche auf die Lymphstauung bezogen werden können und von denen schon die Rede war.

Handelt es sich nun darum, die Diagnose einer Ohr-, Nasen-, Rachen- oder Kehlkopfaffection zu stellen, so sei es des Untersuchenden erste Pflicht, ehe er an die Oto-Rhino-Pharyngolaryngoskopie herangeht, die äussere Untersuchung des Halses und seiner Nachbartheile vorzunehmen. Der Autor giebt eine kurze Beschreibung der Art und Weise, wie er die äussere Halsuntersuchung vornimmt und die einzelnen Hals- und Nebengegenden des Halses, welche in Frage kommen, abtastet und macht dabei erläuternde Bemerkungen. Häufig giebt schon das Resultat dieser Untersuchung einen Fingerzeig, wo man den Sitz der Affection zu suchen hat. Hat sich nun ergeben, dass an dem Zustandekommen der Beschwerden das Lymphdrüsensystem einen mehr oder minder grossen Antheil hat, so handelt es sich darum, eine Behandlung zu wählen, welche die möglichst grosse Garantie darbietet, wieder normale Verhältnisse herbeizuführen und die Lymphbahnen und Venen wieder frei zu machen. Die beste Methode dafür ist nun die äussere Halsmassage. Der Autor beschreibt nun nach vorheriger Erwähnung der schon seit langer Zeit von Weiss und Gerst allerdings mehr für acute Affectionen empfohlenen Halsmassage, welche unbegreiflicher Weise von den Vertretern der Oto-Rhino-Pharyngolaryngoskopie sozusagen gar nicht ausgeübt wird, die von ihm ausgeübte Methode, welche den Bedürfnissen dieser Specialitäten vollkommen entsprechen dürfte, vermöge derer man im Verein mit einer rationellen Localbehandlung Resultate erziele, welche jeder anderen Methode gespottet hätten. Zum Schluss theilt er noch 5 aus einer langen Reihe von Beobachtungen ausgewählte typische Fälle mit, um Zeugniss abzulegen von der Berechtigung seiner Behauptungen.

AUTOREFERAT.

10) **M. Sänger. Ueber Inhalations-Therapie und ihre gegenwärtig üblichen Anwendungsformen.** *Sammlung zwangloser Abhandl. aus d. Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankh. Bresgen-Heermann. Marhold. Halle 1905.*

S. giebt eine übersichtliche Darstellung der brauchbaren Inhalationsmethoden und -Apparate.

Die Sales-Girons'sche Methode ist wohl kaum noch in Gebrauch, recht verbreitet sind die nach dem Matthieu'schen Princip construirten Apparate, die auch die Zerstäubung ätherischer und schwerer Oele ermöglichen. In ausgedehnterem Maasse kommt das Bergson'sche Zerstäubungsprincip in Anwendung, namentlich in der Siegle'schen Modification (Dampfinhalationsapparat).

Der strömende Dampf ist als Triebkraft sehr zweckmässig, weil dabei die zerstäubte Arzneiflüssigkeit ungefähr bei einer Temperatur eingeathmet wird, die der der Schleimhäute entspricht, während bei kalten Inhalationen (Wassmuth, Bulling) der Wasserdampf sich in tropfbar-flüssiger Form in den Luftwegen niederschlägt. Eine unentbehrliche Ergänzung des Bergson-Siegle'schen

Systems ist die Oertel'sche Modification (Sicherheitsventil, trichterförmiges Glasrohr). Sehr zweckmässig gebaut ist der Jahr'sche und Schön'sche Inhalationsapparat und die grossen für Gesellschaftsinhalationen bestimmten Apparate von Jahr, Claar, Reitz, Wassmuth, Heyer und Bulling, die eine Zerstäubung von ausserordentlicher Feinheit bewirken.

Bei der Inhalation zerstäubter Flüssigkeit erfolgt ihr Eindringen in die tiefsten Theile des Athmungsapparates nicht sowohl durch Inhalation als durch Aspiration; deswegen beschränken wir sie zweckmässigerweise in der Hauptsache auf die örtliche Behandlung von Erkrankungen der oberen und mittleren Luftwege. Zur Inhalation in zerstäubter Form eignen sich in erster Linie in Wasser leicht lösliche Mittel, Kochsalz, kohlensaures und doppeltkohlensaures Natron, Alaun, Tannin, Karbolsäure u. s. w., resp. Emser, Sodener, Salzbrunner Wasser. In Wasser schwer oder unlösliche Mittel, wie Menthol, Thymol, Terpentinöl, lässt man in vergastem Zustande einathmen. — Die Einathmung trockenen Arzneistaubes ist unangenehm und gesundheitsschädlich.

Dagegen verspricht die Einathmung von geeigneten Mitteln in verdampftem resp. vergastem Zustande das Eindringen in die Tiefe der Athmungsorgane. Hierfür sind geeignet die Curschmann'sche und Hausmann'sche Maske, die Feldbausch'schen Röhrchen und die Aberg'sche Pfeife; sie entbehren aber der Erwärmung, die die Dämpfe erzeugen. Die Verdampfung der Arznei für sich allein bringt eine zu trockene Luft zur Einathmung. Recht zweckmässig ist der Heryng'sche Apparat.

Sänger beschreibt und empfiehlt dann seinen Arzneiverdampfungsapparat, der den Vorzug hat, dass das Arzneimittel erwärmt wird, dass der Luftdruck in dem Arzneibehälter unter die Norm herabsinkt, dass ein beständig hindurchstreichender Strom frischer Luft mit dem daselbst befindlichen Mittel in innige Berührung kommt und dass der Wasserdampfstrahl die sich entwickelnden Arzneidämpfe ansaugt, mit sich fortreisst und an die Einathmungsluft abgiebt. Die Arzneiverdampfung ist eine äusserst intensive u. a. m.

Menthol allein oder zu gleichen Theilen mit Thymol oder Dimentholformol leistet ihm gute Dienste bei acutem Schnupfen und acutem Erkältungskatarrh des Kehlkopfes und namentlich der Bronchien. Thymol und Menthol $\overline{aa}$ wirkt auch günstig bei Keuchhusten, reines Menthol bei Laryngitis, Pharyngitis sicca, Ol. Terebinth., Ol. Eucalypti, Ol. pini pumil., Ol. Cupressi bei acuter Bronchitis, Perubalsam mit Menthol bei chronischer Bronchitis.

A. ROSENBERG.

11) **A. Sacher** (St. Petersburg). **Zur Herstellung der sogenannten „Chromperle“.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Autor widerräth, die Chromperlen an den Sondenknopf oder an ein glattes Sondenende anzuschmelzen, da sie bisweilen nicht genügend festhalten und leicht abfallen; er empfiehlt, sie an ein Schraubenende anzuschmelzen, an dem sie sicher und fest haften; sehr bewährt hat sich Autor hierzu die von Lamann zur Tamponbehandlung der Otitis externa furunculosa angegebene silberne Ohrensonde mit Schraubengewinde. Die Perle wird in der Weise angeschmolzen, dass einige trockene, hochrothe Chromsäurekrystalle in einem Porzellanschälchen über einer

Spiritusflamme erwärmt werden; sobald sie zu schmelzen beginnen, bildet sich eine dickflüssige, rothbraune Masse; jetzt wird die Flamme entfernt und das Schraubengewinde einmal oder mehrmals — je nach der gewünschten Grösse der Chromperle — in die dickflüssige Masse eingetaucht. Man darf die Erwärmung der Chromsäure nicht zu lange ausdehnen, um zu vermeiden, dass Chromoxyd entsteht, das zu Aetzzwecken unbrauchbar ist und dessen braune Dämpfe die Athmungswege stark reizen. HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **M. Tsakyroglous** (Smyrna). **Ein Fall von Lagorrhinos.** *Mit 2 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1905.*

Die in der Arbeit en face und en profil abgebildete Missbildung zeigt folgende Details: „Einige Millimeter seitlich von der Nasenspitze ist beiderseits eine beinahe 1 cm lange symmetrische Spalte vorhanden, welche die Nasenflügel von der Nasenspitze trennt. Die Ränder der Spalte sind abgerundet. Die Nasenspitze ist emporgezogen. Von derselben gehen zwei rundliche Wülste aus, welche nach oben allmälig divergiren und sich bis auf die Stirn fortsetzen. Je eine andere kleine Erhabenheit findet sich seitlich von dem grossen Wulste oberhalb der Augenbrauen. Die Substanz der vier Erhabenheiten ist knöchern. Die Nasenhöhle zeigt ein normal gebildetes Septum und rudimentäre Muscheln.“ HECHT.

13) **G. Roy. Erectiler Tumor der Nasenwurzel. (Tumeur érectile de la racine du nez.)** *La revue médicale. 19. November 1905.*

Ein 9 Monate altes, vor der Zeit zur Welt gekommenes schwaches Kind hatte auf der Nasenwurzel eine erectile Geschwulst von der Grösse einer kleinen Nuss. Nach 22 im Laufe eines Jahres gemachten elektrolytischen Sitzungen war der Tumor völlig verschwunden, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Jede Sitzung dauerte 5 Minuten; Stromstärke 30 Milliampères. A. CARTAZ.

14) **Albers-Schönberg** (Hamburg). **Cancroid der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 4. Vereinsbeil. 1905.*

Ausgedehntes inoperables Cancroid der Nase durch Röntgenbestrahlung vollständig geheilt. ZARNIKO.

15) **F. Bloebaum** (Köln a. Rh.). **Ein weiterer Beitrag zur Radicalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 47. 1905.*

Der Kranke stand 6 Wochen in Behandlung; unter localer Infiltrationsanästhesie wurde in 5 Sitzungen mit dem galvanokaustischen Messer und in 6 Sitzungen durch Stichelungen mit der Glühnadel eine vollkommene Heilung erzielt. Eine Photographie des Patienten vor Beginn der Behandlung und bei der Entlassung ist zur Illustration des kosmetischen Effectes beigegeben. HECHT.

16) **Egger** (Nürnberg). **Zur Casuistik des Rhinophyma.** *Dissert. Basel. Würzburg 1905.*

Eingehende Besprechung der Literatur. Synonyma: Elephantiasis, hyper-

plastische Weinnase, Acne hyperplastica, Kupfernase, Doppelnase, Pfundnase. Von Ghirlandajo aus dem 15. Jahrhundert das vorzügliche Bild einer Pfundnase im Louvre. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts bis heute ist diese Geschwulstbildung für die Autoren bald primäre Hypertrophie, Entzündung und Vereiterung der Talgdrüsen und secundäre Fibrombildung, bald primäre Gefässerweiterung, secundäre Hypertrophie des Bindegewebes mit consecutiver Druckstauung und Entzündung der Talgdrüsen, bald wurde sie als Elephantiasis mollis und angiomatosa, bald als excessive Acne 3. Grades oder als sogen. Rosacea (Unna) aufgefasst. Aetiologisch ist man ebenso uneinig, indem die Einen den Alkohol beschuldigen, die Anderen denselben gänzlich ausschliessen und dafür congenitale Anlage und Heredität annehmen. Alle Autoren sind darin einig, dass das Innere der Nase normal functionire. Verf. bespricht 2 Fälle der Baseler chirurg. Klinik. Der eine zeigt die 3 charakteristischen Hauptmomente des Rhinophyma: Hypoplasie des Bindegewebes, Hypertrophie der Talgdrüsen, Erweiterung und Neubildung von Gefässen. Der zweite Fall zeichnet sich aus durch Infiltrate, welche zum grossen Theil aus Lymphocyten, spärlichen grossen Bindegewebszellen, polynucleären Leukocyten und endlich aus grossen Massen angehäufter Unna'scher Plasmazellen (mikroskop. Abbildungen) bestehen. Dieser Tumor wäre also nach Unna als Rosacea zu definiren.

Verf. schlägt bei der noch herrschenden anatomischen Uneinigkeit für alle gen. Formen geschwulstartiger Missbildung der Nasenspitze den Namen Rhinophyma vor, welcher nichts anderes als „Nasengewächs“ bezeichnet. JONQUIÈRE.

17) **Joly. Beitrag zum semiologischen und therapeutischen Studium der Dacryocystitis nasalen Ursprungs. (Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Die Dacryocystitiden können sein: 1. primär, 2. oculären Ursprungs oder descendirend, 3. nasalen Ursprungs oder ascendirend. Die beiden ersteren Formen sind seit längerer Zeit bekannt; die Dacrycystitiden nasalen Ursprungs verdienen eine Sonderstellung. Man muss stets die Nasenhöhlen untersuchen und eventuelle Affectionen der Nasenschleimhaut oder der Nasenhöhlen behandeln.

E. J. MOURE.

18) **M. Paunz Durch Nasenkrankheit verursachtes Augenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Nasenkrankheiten verursachen oft Augenerkrankungen. Die Orbitalphlegmone entsteht oft durch Uebergreifen einer eiternden Nasenkrankheit auf das orbitale Zellgewebe. Empyem des Sinus front. kann in den Augenmuskeln collaterales Oedem und hierdurch Muskellähmung hervorrufen. Ein hinteres Siebbeinzellenempyem und der Keilbeinhöhle erzeugen oft eine Entzündung des Sehnerven. Auch der Glaskörper kann bei Nebenhöhlenerkrankungen in Mitleidenschaft gezogen werden. v. NAVRATIL.

19) **E. Pollatschek. Beiderseitige Papillitis, geheilt durch Nasenoperationen.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Der Kranke leidet seit Jahren an Kopfschmerzen, welche er unter das Schädel-

dach localisirt; er ist oft verschnupft. In letzter Zeit starke Einbusse am Sehvermögen. Ophthalmoskopische Diagnose: Papillitis in atrophiam vergens. In der linken Nasenhälfte viel übelriechender Eiter, hauptsächlich in der Fissura olfactoria. Resection der mittleren Muschel, Curettage der hinteren Siebbeinzellen. In der Mündung des Sinus sphenoidalis Eiter. Eröffnung der Höhle. Successives Wiederkehren des Sehvermögens.

v. NAVRATIL.

20) **Justus Sinexon. Zusammenhang zwischen Zuständen in der Nase und Geschlechtsorganen. (Nasal conditions dependant upon the generative organs.)** *N. Y. Medical News. 6. Mai 1905.*

Während des Zeugungsactes tritt stets eine Anschwellung der Nasenschleimhaut ein; gleichzeitig besteht ein ausgesprochener Grad von Hyperästhesie derselben. Bei Frauen tritt zur Zeit der Menstruation eine mehr oder weniger ausgesprochene periodische Schwellung der Nasenschleimhaut ein; dieselbe Erscheinung zeigt sich auch periodisch während der Schwangerschaft. Nach Operationen, die eine Aufhebung der Geschlechtsfunction zur Folge haben, kehren in der Nase Verhältnisse zurück, wie sie vor Eintritt der Pubertät bestanden. Bei niederen Thieren ist geschlechtliche Erregung stets begleitet von Nasenverstopfung; bei Menschen ist die Folge dieser Anschwellung bisweilen Epistaxis oder Hydrorrhoe. Fortgesetzte Ueberreizung der Nasenschleimhaut in Folge geschlechtlicher Perversion hat eine Erschlaffung derselben wegen vasomotorischer Parese zur Folge. Die lang fortgesetzte Ueberernährung in Folgehäufiger oder ungestümer Congestion bringt mit der Zeit dauernde Gewebsveränderungen, Hyperplasie oder Atrophie, zu Wege. Diese Verhältnisse haben mit Hysterie oder Neurasthenie nichts zu thun.

LEFFERTS.

21) **Marczel Falta** (Szeged). **Ueber die Beziehung der Nase zu den weiblichen Genitalien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Autor prüfte bei 10 in Kürze berichteten Fällen die Fliess'schen Theorien nach und kommt auf Grund seiner Untersuchungsresultate zu dem Schluss, dass die Nase mit den weiblichen Genitalien in enger Beziehung steht und dass demgemäss intranasale Eingriffe bei graviden Patientinnen nur mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden sollten. Er erörtert die anatomischen, physiologischen und klinischen Verhältnisse und bespricht die verschiedenartigen in der Literatur hierüber niedergelegten Anschauungen, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

22) **M. Falta. Ueber Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Krankheiten der weiblichen Genitalorgane.** *Gyógyászat. No. 44.*

Verf. führt 10 Fälle an, in welchen Cocainisirung, Galvano- oder anderweitige Cauterisation erkrankter Stellen der Nase, namentlich der vorderen Pole der unteren Muscheln und der Tubercula septi einen vorübergehenden oder dauernden günstigen Erfolg auf Schmerzen in den weiblichen Genitalien und auf Störungen der Menstruation hatten. Er folgert aus diesen Resultaten, dass zwischen den „Genitalstellen" der Nase und den weiblichen Genitalorganen ein Nexus besteht.

v. NAVRATIL.

23) **R. Bishop Canfield. Drei Fälle von Trigeminusneuralgie infolge intranasaler Ursachen und erfolgreich durch intranasale Methoden behandelt. (Three cases of trifacial neuralgia due to intranasal causes and treated successfully by intranasal methods.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die mittlere Muschel wurde in zwei Fällen entfernt, im dritten mit Cocain und Adrenalin besprayt.

EMIL MAYER.

24) **Heyninx. Epilepsie und intranasale Compression. (Epilepsie et compression intra-nasale.)** *La Clinique. No. 50. 1905.*

Der Autor führt 5 Fälle an von Beseitigung der Epilepsie durch endonasale Druckentlastung. Für ihn kann die functionelle Epilepsie ihren Grund in der peripheren Reizung des peripheren Nervensystems (Würmer, Tumoren etc.) haben und hauptsächlich in der Reizung des Centralnervensystems durch anormale Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit; diese wurde z. B. epileptogen durch den Gehalt von Toxinen, welche ihr aus Eiterretentionen der Nase zugeführt werden.

PARMENTIER.

25) **Onodi. Fall von Mucocele.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1905.*

Im rechten inneren Augenwinkel nussgrosse fluctuirende Geschwulst; Bulbus nach aussen verdrängt. Vor der mittleren Muschel haselnussgrosse Blase. Nach Punction derselben plattete sich dieselbe ab und die äussere Geschwulst wurde kleiner. Hält die Erkrankung für Mucocele der vorderen Siebbeinzellen.

v. NAVRATIL.

26) **M. A. Capart. Geschlossenes Empyem der Knochenblase der mittleren Muschel. (Empyème fermé de la bulle du cornet moyen.)** *La Presse Méd. Belge. No. 9. 1905.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler am 11. Febr. 1900 zeigt C. ein anatomisches Präparat vor herstammend von einem Individuum mit heftigen Kopfschmerzen, die durch keine Medication erleichtert werden konnten. Die Operation bestehend in Lostrennung der mittleren Muschel mit einem Scheerenzug und Entfernung derselben mit der Zange nach vorheriger Cocain-Adrenalinbepinselung; sie ging ohne Schmerz und Blutung vor sich und das Kopfweh ist wie weggeblasen. — Das Auftreten einer mit den Siebbeinzellen communicirenden Knochenblase in der mittleren Muschel kam ziemlich häufig zur Beobachtung.

BAYER.

27) **Onodi. Fall von Mucocele des Siebbeinlabyrinthes.** *Orvosi Hetilap. No. 48, 49.*

Bei der 30jährigen Kranken bildete sich im Verlaufe von 6 Jahren im rechten inneren Augenwinkel eine Geschwulst, welche den Bulbus nach aussen und unten verschiebt. Keine Sehstörung, Geschwulst nussgross, fluctuirend. Vor der mittleren Muschel derselben Seite ein haselnussgrosses, rundes fluctuirendes Gebilde, aus welchem sich nach Eröffnung eine klebrige Flüssigkeit entleert; die eingeführte Sonde dringt von der Punctionsöffnung 5 cm in der Richtung der Orbita vor; gleichzeitig verkleinert sich die äussere Geschwulst. Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, sowie der Cystenwände.

Histologische Untersuchung: Die kleinzellig infiltrirte, bindegewebige Wand der Cyste grösstentheils mit cylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet und mit Schleimdrüsen versehen; auf das Bindegewebe folgte Knochensubstanz, welches Zeichen der Knochenapposition und Resorption aufwies; hierauf Periost, Mucosa. Es handelte sich also um eine echte Cystenbildung, hervorgerufen in einer präformirten Knochenhöhle durch entzündlichen Reiz.

v. NAVRATIL.

28) **H. Halàsz. Enorme, luftgefüllte Knochenblase im mittleren Nasengange. Asthma bronchiale.** *Budapesti Orvosi ujság. No. 2. 1905.*

Bei der 50jährigen Kranken bestanden nur asthmatische Beschwerden. Die ganze rechte Nasenhälfte erfüllt von einer Geschwulst, welche der mittleren Muschel zu entsprechen scheint.

Die Geschwulst wird mit Knochenzange entfernt; es stellt sich heraus, dass die mit Luft erfüllt war. Die Structur der Wand entspricht derjenigen einer Siebbeinzelle. Da die mittlere Muschel überhaupt nicht vorhanden war, supponirt H., dass eine Siebbeinzelle im embryonalen Leben überaus gross anwuchs und die Bildung der mittleren Muschel gänzlich verhinderte.

v. NAVRATIL.

29) **Ernst Schatz** (Tilsit). **Ueber eine sogenannte „Knochencyste der mittleren Muschel“ von excessiver Grösse.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Anschliessend an Influenza traten bei einer 40jährigen Patientin hochgradig exacerbirende Anfälle von Kopfschmerz der linken Stirnhöhlengegend auf, als deren Ursache sich eine über wallnussgrosse Cyste ergab, die die ganze linke Nasenhöhle ausfüllte, mit dickem, unter hohem Druck stehendem Eiter angefüllt war und von deren Dache zwei etwa bohnengrosse Schleimpolypen in das Innere hinabragten. Mit Abtragung der Knochenblase, deren mediale Wand mit dem Septum etwa in der Grösse eines „Zweipfennigstückes“ verwachsen war, schwanden alle Beschwerden. Sämmtliche Nebenhöhlen erwiesen sich als gesund.

HECHT.

30) **Wendell C. Phillips. Die untere Muschel. Ihre Function, Krankheiten und Behandlung. (The inferior turbinated bone; its function, diseases and treatment.)** *American Journal Med. Scs. Februar 1905.*

Verf. kommt in Bezug auf die Behandlung der unteren Muschel zu folgenden Schlusssätzen: Aetzmittel sollten niemals angewendet werden; die Galvanokaustik hat eine zweifelhafte Wirkung. Die beste Operationsmethode besteht in der glatten Durchschneidung der Schleimhaut und des Knochens mittels besonders für diesen Zweck angegebener Scheeren. Für die Hypertrophien der hinteren Enden eignet sich am Besten die Schlinge. Die Wunde soll mit einer dünnen Schicht von Gaze bedeckt werden, die in 12proc. Lösung vor essigsaurer Thonerde mit etwas Adrenalinzusatz getränkt ist.

A. LOGAN TURNER.

31) **Elemér Tóvölgyi. Eine neue Operationsmethode der Muschelhypertrophien.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1905.*

Verf. benutzt eine gerade Scheere; er steckt den Daumen in den unteren, den Zeigefinger in den oberen Ring derselben, der Mittelfinger stützt sich auf den

Rücken der Scheere, der vierte auf die Achse. So durchschneidet er die untere Muschel mit mehreren Schnitten. v. NAVRATIL.

32) **Chas. H. Knight** und **James F. Mc Kernon. Partielle Conchotomie mit nachfolgender acuter Otitis, Masteiditis, Sepsis, Paracentese, Mastoidoperation, Unterbindung und Resection der Vena jugularis interna; Heilung. (Partial turbinectomy followed by acute otitis, mastoiditis, sepsis, paracentesis, mastoidectomy, ligation and excision of internal jugular vein; recovery.)** *N. Y. Medical News. 18. November 1905.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association Atlantic City 1. Juni 1905. LEFFERTS.

33) **Arthur af Forselles** (Helsingfors). **Ueber die Resection der unteren Nasenmuschel.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Angabe einer 18 cm langen Zange „mit geraden Schenkeln von einer Länge von $5^1/_2$ cm vom Verschluss“ zur Beseitigung hypertrophischer unterer Muscheln. „Die Spitzen der Branchen sind, um hintere Hypertrophien besser fassen zu können, unbedeutend ausgehöhlt.“ Nach Cocainisirung mit 10 proc. Lösung wird der Pat. auf den Operationstisch gelegt und die Muschel derartig mit der Zange gefasst, dass der untere Schenkel im unteren und der obere Schenkel derselben im mittleren Nasengange angelegt wird. Will man insbesondere ein grösseres Stück des hinteren Muschelendes entfernen, so wird die Zangenspitze etwas nach aussen gerichtet. Die Muschel wird kräftig so viel lateral wie möglich an der Basis gefasst und mit einer Drehung von links nach rechts mit einem Griff vollständig entfernt. Die Operation ist in einer Secunde ohne erheblichen Schmerz ausgeführt.“ Keine postoperative Tamponade der Nasenhöhle, Abschluss durch sterilen Tupfer. Nachblutungen wurden nicht beobachtet. Autor hat im Laufe von 4 Jahren auf diese Weise 210 Fälle operirt. Ohne zu dieser speciellen Methode Stellung zu nehmen, möchte Referent es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass in letzter Zeit die Muschelresectionen unter mehr minder vollständiger Mitentfernung des Knochengerüstes mehrfach empfohlen werden. Zur Beseitigung von Schleimhaut-Hypertrophien der unteren Muscheln dürfte ein derartig radicales Vorgehen wohl doch als zu weitgehend angesprochen werden. Die physiologische Bedeutung der unteren Muschel erheischt doch eine grössere Rücksichtnahme und sollte uns veranlassen — von Ausnahmen abgesehen — etwas conservativer in der Behandlung der Hypertrophien der unteren Muscheln zu operiren. HECHT.

34) **Pollatschek. Operationen an der unteren Nasenmuschel.** *Fülészet. No. 3 (Beilage zu Budapesti Orvosi ujság).*

Bespricht die verschiedenen Operationsmethoden der Hypertrophien der unteren Muschel. v. NAVRATIL.

35) **S. J. Kopetzky. Die submucöse Cauterisation. Ihre Anwendung bei der Behandlung der Hypertrophien der unteren Muschel. (The sub-mucous cautery. Its use in the treatment of hypertrophy of the inferior turbinate.)** *The Laryngoscope. October 1905.*

Verf. fasst die Vortheile der submucösen Cauterisation folgendermaassen zu-

sammen: Es ist die Anwendung einer geringeren Dosis Cocain zur Anästhesie nöthig. Die für die Vornahme des Eingriffs erforderliche Zeit ist sehr kurz. Es fehlt die Reaction nach der Operation. Es wird die Gefahr einer Synechienbildung vermieden. Es entstehen keine Borken. Das Oberflächenepithel wird nicht zerstört. Die Methode beseitigt die aus der Hyperplasie resultirende Nasenverstopfung ohne die contractile Thätigkeit der Muschel zu beeinträchtigen. Die bisher erzielten Resultate sind gut und, wie es scheint, andauernd. EMIL MAYER.

36) **Jauquet. Die Nasendouche. (La douche nasale.)** *La Clinique. No. 26. 1904.*

J. behandelt das Thema vom Gesichtspunkte des practischen Arztes aus, an welchen sich der Autor wendet. BAYER.

37) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Eine Modification des Schötz'schen Doppelmeissels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 299. 1902.*

Abbildung und Beschreibung des Instruments, das auf beiden Seiten angewendet werden kann und die Entfaltung einer grösseren Kraft gestatten soll, als mit dem Schötz'schen Doppelmeissel möglich ist. F. KLEMPERER.

38) **Voos. Eine neue schneidende Zange für die Nase.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 31. 1904.*

Die Gelenkverbindung befindet sich bei den ineinandergreifenden Branchen ungefähr 2,5 cm hinter der schneidenden Fläche; zu beziehen durch Detert, Berlin. SCHECH.

39) **H. Burger** (Amsterdam). **Demonstration von Prof. Killian's Lehrmodell der Nase. (Demonstratie van prof. Killian's onderwijsmodel van den neus).** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. 1905.*

Der Titel sagt genug. H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

40) **Duncan Buckley. Die medicinischen Beziehungen krankhafter Zustände im Munde. (The medical relations of mouth conditions.)** *Journal American Medical Association. 19. August 1905.*

Verf. ist in seiner dermatologischen Praxis oft sehr interessanten Zuständen in der Mundhöhle begegnet. Er erörtert die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Magens, Rheumatismus, Gicht und Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches. Ferner plaidirt er für bessere Ausbildung der Zahnärzte in der Erkennung von syphilitischen Erscheinungen in der Mundhöhle. Eingehend bespricht er die Leukoplakie, die er für eine an sich harmlose, häufig mit Syphilis verwechselte Affection erklärt. Carcinom der Mundhöhle entsteht oft infolge Reizung durch schlechte Zähne. Verf. bespricht dann noch Lupus, Tuberculose und die von den Zähnen ausgehenden Reflexneurosen. LEFFERTS.

41) A. H. Levings. **Chirurgische Bakteriologie der Mundhöhle. (Surgical bacteriology of the mouth.)** *Journal of the American Medical Association. 12. August und N. Y. Medical Record. 19. August 1905.*

Verf. hat die Mundhöhle bei einer grossen Anzahl Gesunder und an verschiedensten Affectionen Leidender bakteriologisch untersucht. Er unterscheidet in nicht pathologischen Fällen einen reinen Zustand der Mundhöhle, einen gewöhnlichen, einen unreinlichen und den Mund von Tabakskauern. In der ersten Klasse (20 Fälle) fanden sich zahlreiche, aber bis auf zwei Fälle, in denen Streptokokken, drei, in denen B. coli und acht, in denen Streptococcus und Micrococcus tetragenus vorhanden war, harmlose Mikroorganismen. In den 30 Fällen der zweiten Kategorie waren die Bakterien noch zahlreicher. In zwei Fällen fanden sich Influenzabacillen. Bei der dritten Kategorie waren cariöse Zähne und Erkrankungen des Zahnfleisches vorhanden; es fanden sich Millionen von Bakterien, von denen ein grosser Procentsatz virulent war. In 10 Fällen konnte man den Streptococcus constatiren. In Fällen, wo Eiterbildung in der Mundhöhle war, fanden sich Staphylokokken. Am schlimmsten waren die Verhältnisse bei den Tabakskauern; der Tabak beschränkt das Wachsthum der Bakterien nicht. Verf. hat auch Versuche darüber angestellt, wie weit durch das Husten die Bakterien geschleudert werden. Es ergab sich, dass dies bis auf eine Entfernung bis 5 Fuss hin geschieht. Was die Reinigung der Mundhöhle betrifft, so ergab sich, dass Bürsten mit warmem Seifenwasser und dann physiologischer Kochsalzlösung, jedes einige Minuten lang, ebensoviel nützte, wie jede andere Methode. Desinficientia allein, mit Ausnahme vielleicht von Wasserstoffsuperoxyd, sind nicht zu empfehlen. LEFFERTS.

42) K. Buday. **Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen.** *Beitr. zur path. Anat. und zur allg. Pathologie. 38. Bd. H. 2. S. 255.*

Die progressive Mund- und Rachengangrän des Kindesalters gehören zu den sog. infectiösen Gangränen, die nicht durch ein einziges, sondern durch verschiedenartige Mundbakterien, und zwar meist durch die Symbiose eines Spirillums und des Bacillus fusiformis verursacht werden. J. KATZENSTEIN.

43) H. Prinz. **Die diabetischen Erscheinungen in der Mundhöhle. (The oral manifestations of diabetes.)** *Journal of the American Medical Association. 12. August und N. Y. Medical Record. 19. August 1905.*

Verf. behauptet, dass der Diabetes mellitus eine bestimmte Form von Pyorrhoea alveolaris hervorruft, die ein Prodromalsymptom der primären Erkrankung darstellt. Er erkennt keinen Mikroorganismus als Erreger der Pyorrhoe an. Vielmehr ist das Darniederliegen des allgemeinen Ernährungszustandes der Grund für das leichte Eindringen von Infectionsträgern. Es kommt zur Bildung eines weichen hellgefärbten Weinsteins. Von der Localbehandlung kann, so lange die primäre Erkrankung besteht, nicht viel erwartet werden. LEFFERTS.

44) S. Srebrny (Warschau). **Soor bei gesunden Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 36.*

Verf. fügt den wenigen beobachteten Fällen von Soor beim gesunden Erwachsenen zwei neue hinzu. Im ersten Falle verschwand der Belag unter Borax-

spülungen und Sublimatpinselungen in 2 Tagen, der zweite Fall widerstand Pyoktaninpinselungen und Gargarysmen mit Wasserstoffsuperoxyd und heilte erst nach 8 Tagen unter Anwendung von Jodtinctur. Die Diagnose wurde durch das Mikroskop gesichert; in ätiologischer Hinsicht war in beiden Fällen nichts zu ermitteln.

F. KLEMPERER.

45) **Spokes** (Sidney.) **Sepsis des Mundes. (Oral sepsis.)** *Lancet. 24. Februar 1906.*

Es werden 7 Fälle berichtet von Patienten mit Gastritis, allgemeiner Schwäche, perniciöser Anämie, bei denen Symptome von Sepsis der Mundhöhle auftraten, die durch locale Behandlung der Zähne und des Zahnfleisches geheilt wurde. Alle cariösen Zähne sollten gezogen oder plombirt, aller Zahnstein entfernt werden. Injectionen von Wasserstoffsuperoxyd ist das beste Mittel gegen Alveolarpyorrhoe.

ADOLPH BRONNER.

46) **W. W. Grant. Krebs der Mundhöhle. (Cancer of the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1905.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen er eine verbesserte Operationstechnik angewandt hat; die Resultate waren, besonders was den kosmetischen Effect anbelangt, sehr zufriedenstellend.

LEFFERTS.

47) **James D. Morgan. Krebs der Mundhöhle. (Carcinoma oris.)** *Maryland Medical Journal. 10. December 1905.*

Beschreibung der Symptomatologie und Behandlung.

EMIL MAYER.

48) **Behaegel. Inficirender Lippenschanker. (Chancre infectant de la lèvre.)** *La Policlinique. No. 5. 1905.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 7. Februar 1905 stellt B. einen Kranken mit einem inficirenden Unterlippenschanker, von 2 Monaten her datirend, vor. Aetiologie dunkel. Der Ehegatte zeigt keine Spur von Syphilis. Die Kranke gesteht keinen anderen Umgang zu. Augenblicklich ist der Schanker beinahe vernarbt und besteht nur noch eine Induration, desgleichen eine Submaxillardrüse; papulöses Exanthem am Stamme seit einigen Tagen. Rechts sind die Lymphdrüsen vor dem Ohre geschwollen und fluctuiren, jedoch ist diese Schwellung nicht syphilitischer Natur.

BAYER.

49) **Hicquet. Wangentumor. (Tumeur de la joue.)** *La Policlinique. No. 5. 1905.*

In der Sitzung vom 7. Februar 1905 der Poliklinik stellt H. ein Kind mit einer Wangengeschwulst vor; da die Diagnose noch nicht festgestellt ist, will er den Fall später nach vorgenommener Operation und histologischer Untersuchung wieder vorführen.

BAYER.

50) **E. Bergh** (Schweden). **Zwei Fälle von Pharyngomycosis leptothrica. (Tvaa fall af Pharyngomykosis leptothrica.)** *Allmänna Svenska Läkartidningen. 30. Juni 1905.*

Beschreibt die Fälle und giebt eine Uebersicht über die Pathologie der Krankheit.

E. SCHMIEGELOW.

51) **Depage. Actinomycose des Oberkiefers. (Actinomycose du maxillaire supérieur.)** *Journal de Chirurgie et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1905.*

In der Sitzung vom 25. März der belg. Gesellschaft für Chirurgie stellt D. einen jungen Mann vor mit Gesichtsactinomycose in Folge einer Phlegmone, die der Kranke einer Zahncaries zuschreibt. Die Beobachtung soll später im Detail zugleich mit 2 anderen analogen von D. beobachteten Fällen mitgetheilt werden.

BAYER.

52) **S. Schossberger** (Budapest). **Beiträge zur Aetiologie der Produzione sottolinguale. (Adatok a produzione sottolinguale kóroktanához.)** *Orvosi Hetilap. Gyermekgyógyászat. No. 4. 1905.*

Verf. hat das Leiden bei Kindern im Alter von 12—18 Monaten beobachtet. Es handelte sich in jedem Falle um etwa bohnengrosse, dichte, umschriebene Geschwulstbildung an der Stelle des Frenulum linguae. Die Geschwülste sind in Folge von Reizung der unteren Schneidezähne während des Saugens entstanden, die Extraction der Zähne führte jedesmal zur Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

53) **H. L. Smith. Eine Operation wegen Gaumenspalte. (An operation for cleft palate.)** *American Journal of Surgery. März 1906.*

Vom vorderen Ende der Gaumenspalte aus wird eine Incision gemacht, die nach aussen und etwas nach hinten in der Richtung der Alveole verläuft; wenn ungefähr der dritte Theil der Entfernung bis zu den Zähnen erreicht ist, ändert sich die Richtung des Schnittes, so dass er in einer geraden Linie nahe an das hintere Ende des Alveolarfortsatzes herangeht. Der Punkt, wo die Incision endet, hängt einigermaassen von dem Fall ab, indem man dafür die Sorge tragen muss, dass genügend Gewebe für die Ernährung des Lappens stehen gelassen wird. Nachdem eine entsprechende Incision auf der anderen Seite gemacht worden ist, werden die beiden Lappen mit dem Periost vom Knochen losgelöst und völlig vom hinteren Rand des Gaumenbeins freigemacht. Dieser letztere Vorgang ist sehr wichtig, da einzig auf diese Weise das Velum wirklich nach hinten gezogen und verlängert werden kann. Es wird nun jederseits eine Incision gemacht, die an dem Punkt, nahe dem letzten Molaris, beginnt, wo die vorhergehenden Incisionen endeten, und die in einem Bogen nahe den Zahnwurzeln so weit vorn als nöthig verläuft, wobei noch ein genügender Raum für die Ernährung des Lappens gelassen werden muss. Dieser Schnitt wird gewöhnlich nahe den seitlichen Schneidezähnen enden. Es sind so zwei dreieckige Lappen gebildet worden, die aus Schleimhaut und Periost bestehen und die nach der Mittellinie zu gezogen werden und zusammengenäht werden. Die angefrischten Ränder des Velum werden nun genäht und die hinteren Enden des vorderen Lappens werden an die Mitte des neugebildeten Gaumensegels genäht.

Die mit dieser Methode erzielten Resultate waren in Bezug auf die Heilung und die erzielte Function sehr gute.

EMIL MAYER

54) **Mayer. Melanom des Gaumensegels. (Tumeur mélanique du voile du palais.)** *Journal de Chir. et Annales de la Société Belge de Chir. No. 5. 1905.*

In der Sitzung der belg. Gesellschaft für Chirurgie vom 27. Mai 1905 stellt

M. eine 54jährige Kranke vor, bei welche sich seit ca. 14 Monaten ein schmerzloser Tumor entwickelt hatte, der progressiv das Zäpfchen, die rechte Mandel und die rechten Gaumenbögen einnahm. Die Affection hatte mit einer schwarzen Pigmentirung des Gaumens vor dem Zäpfchen begonnen, infiltrirte dann das Zäpfchen und führte zu polypösen Excrescenzen auf den vorderen Gaumenbögen. Pat. verspürte nie Schmerzen bei der Deglutition und bot ebenfalls keine Phonationsstörungen dar; sein Allgemeinzustand war ausgezeichnet; keine Lymphdrüsenanschwellung. Ein vor 6 Wochen abgetragenes Stück der Geschwulst zeigte die Structur eines Melanosarcoms; seither hat sich der Tumor bedeutend gegen die hintere und seitliche Pharynxwand entwickelt und ist seine Exstirpation in Aussicht genommen.

BAYER.

55) **Depage. Melanom des Gaumensegels und des Pharynx. (Tumeur mélanique du veile du palais et du pharynx.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 6. 1905.*

In der Sitzung der belgischen Gesellschaft für Chirurgie vom 24. Juni 1905 stellt D. die Kranke vor, welche Mayer in der letzten Sitzung der Gesellschaft präsentirt hatte. Es ward die transbuccale Pharyngotomie ohne Schwierigkeiten vorgenommen und man kann sich davon überzeugen, dass das neoplastische Gewebe totaliter exstirpirt ist.

BAYER.

56) **Thellung** (Winterthur). **Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 78. 1905.*

Bei einem neugeborenen, sonst normal entwickelten Knaben hing aus dem Munde an einem Stiele ein kugeliger, apfelgrosser Tumor. Amputation der Geschwulst und des freien Stieles. Heilung. Es handelte sich um einen Tumor, der hauptsächlich aus Bindegewebe bestand, mit behaarter Cutis bedeckt und durch einen knorpelig-knöchernen Stiel mit der Schädelbasis verbunden war.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

57) **Muls. Statistik des Diphtheriepavillon vom Jahre 1904. (Statistique du Pavillon de la diphtérie année 1904.)** *La Clinique. No. 42. 1905.*

Im Jahre 1904 traten 117 Kranke in den Diphtheritispavillon des St. Petrushospitals ein; davon waren 96 an Diphtheritis erkrankt, und zwar an Angina diphth. 48—49,9 pCt., intubirtem Croup 37—38,5 pCt., nicht intubirtem Croup 11 oder 11,6 pCt. 21 Kranke mit Pseudocroup 3, Angin. follicul. 12, Bronchopneumonie 3, Laryngitis 2, nihil 1; von den 96 Diphtheritiskranken starben 2, also 2,08 pCt.

Seit 1901 hat die Anzahl Diphtheriekranker auf der Abtheilung zugenommen, die Todesfälle dagegen in eclatanter Weise abgenommen, letzteres schreibt M. dem Ersatz der Tracheotomie durch die Intubation zu; nebenbei räumt er eine gewisse curative ebenso wie prophylactische Wirkung dem antidiphtheritischen Serum, und vielleicht auch der Anwendung von O einen Einfluss auf die Mortalitätsherabsetzung ein. Jedenfalls wurde seit 1903 keine Tracheotomie mehr vorgenommen

und von da an ist die Zahl der Todesfälle auf 8,5 pCt. herabgesunken, gegen 13,6 pCt. im vorhergehenden Jahr. Im Jahre 1904 sind nur noch 2,08 pCt. Todesfälle zu registriren.

BAYER.

58) **Le Play** (Paris). **Diphtheriestatistik des Hospitals für kranke Kinder während des Jahres 1904—1905. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1904—1905.)** *Société médicale des hôpitaux. 8. December 1905.*

Vom 1. Mai 1904 bis 1. Mai 1905 wurden 749 Kinder aufgenommen.

In 561 Fällen wurde die Diphtherie bakteriologisch festgestellt; in 43 Fällen trat Exitus ein, davon lebten 13 weniger als 24 Stunden nach der Aufnahme. Die totale Mortalität beträgt also 7,66 pCt,, die reducirte 5,47 pCt. Von 382 Croupfällen starben 29 (7,9 pCt.). In 203 Fällen wurde die Intubation, in 7 Fällen die Tracheotomie ausgeführt; von den Intubirten starben 22, von den Tracheotomirten 5. In 40 Fällen erfolgte Bronchopneumonie mit 14 Todesfällen, 12 Fälle von diphtheritischer Lähmung werden verzeichnet.

PAUL RAUGÉ.

59) **A. Brunard. Ein Fall von diphtheritischem Croup complicirt mit einem Juxtatrachealabscess; Intubation; Eröffnung des Abscesses und Tracheotomie. Heilung. (Un cas de croup diphtéritique compliqué d'un abcès juxtatrachéal; tubage; incision de l'abcès et trachéotomie; guérison.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1905. La Clinique. No. 28. 1905.*

Der Titel resumirt den Artikel. Bemerkungen: der nicht fluctuirende Tumor manifestirte sich nur, wenn das Kind extubirt war. Der Abscess war schon in Formation begriffen, ehe die Intubation die Läsionen der Ringknorpelschleimhaut feststellen lassen konnte. Der Autor betont die Vorzüge der Intubationsröhren aus Ebonit; er reintubirt nur im äussersten Nothfall, um den Larynx möglichst lange frei zu lassen.

PAMENTIER (BAYER).

60) **Van Bleyenbergh. Diphtheritis und retropharyngeale Phlegmone.** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mai-Juni 1905.*

Fall von einem 6jährigen Mädchen mit Diphtheritis mit nachfolgendem Retropharyngealabscess und Vereiterung der Cervicaldrüsen.

BAYER.

61) **Dufour** und **Broca. Seitliche laryngo-tracheale Phlegmone im Terminalstadium des Croup. (Phlegmon latéro-larynge-trachéal à la période terminale du croup.)** *Société de pédiatrie. 19. December 1905.*

Es handelte sich um einen Säugling, der wegen einer Larynxdiphtherie, die die die Intubation nöthig machte, ins Krankenhaus gebracht wurde. Alles ging glatt, bis nach 60 Stunden die Extubation gemacht wurde, die sehr schwierig war. Das Kind befand sich wohl bis zum 10. Tage nachher, wo es von plötzlicher Asphyxie befallen wurde. Bei der Vornahme der Tracheotomie fand sich eine laryngo-tracheale Phlegmone. Das Kind genas.

A. CARTAZ.

62) **Joseph Birt. Diphtherie bei einer 79 Jahre alten Patientin. (Diphtheria in a patient 79 years of age.)** *Lancet. 18. November 1906.*

Patientin litt seit 8 Jahren an Gicht und Neuritis. Sie wurde von einer

schweren Rachendiphtherie befallen und erhielt eine Injection von 200 I. E. Antitoxin. Zwei Stunden später verschwanden die seit Jahren bestehenden gichtischen Gelenkschmerzen völlig und sind nicht wiedergekehrt. ADOLPH BRONNER.

63) D. S. Lamb. **Ein Fall von Diphtherie der Luftwege; Tod durch Asphyxie. (A case of diptheria of air passages: death by asphyxia.)** *Washington Medical Association. Januar 1906.*

Ein $3\,{}^1/_2$ jähriges Kind; im Pharynx keine Membranen. Es wurde sofort die Diagnose auf Croup gestellt und am 4. Tage wurde Antitoxin gegeben. Trotzdem trat Exitus ein. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) S. v. Schumacher. **Ueber die Kehlkopfnerven beim Lama (Auchenia lama) und Vicunna (Auchenia vicunna).** *Anat. Anzeiger. Bd. 28. 5/6. S. 156.*

Zwischen dem Verhalten der Nerven des Kehlkopfs beim Lama und Vicunna einerseits und bei kurzhalsigen Säugern andererseits besteht der Unterschied, dass bei ersteren der N. recurrens nicht den Umweg um die A. subclavia resp. den Aortenbogen herum einschlägt, um dann erst aufsteigend sein Versorgungsgebiet zu erreichen, sondern er entspringt im Verein mit den oberen Kehlkopfnerven, zieht dann direct zum Kehlkopf und versorgt mit seinem Endast absteigend Trachea und Oesophagus. J. KATZENSTEIN.

65) Kaplan (Minsk). **Die Drüsen des Stimmbandes und ihre Ausführungsgänge.** *Dissert. Bern 1905.*

Diese Arbeit will die Frage entscheiden, ob Drüsen auch im Plattenepithel des Stimmbandes münden. Verfasserin legt die Controverse dar, welche über die Entstehung der Sängerknötchen, der Stimmbandcysten, sowie über die Umwandlung gutartiger in bösartige Stimmbandgeschwülste (Semon'sches Differentialkriterium) noch obwaltet. Sie kommt nach mikroskopischen Untersuchungen an 15 mikroskopisch gesunden Stimmbändern zu folgenden Schlüssen: Es unterliegt wohl keinem Zweifel mehr, dass das wahre Stimmband eine grosse Menge von Drüsen enthält, welche längs seinem freien Rande verlaufen, sich aber auch theilweise tief in der Musculatur eingesenkt vorfinden. Nicht ein einziges der Präparate ist drüsenfrei. Die Ausführungsgänge verlaufen meist ziemlich schräg und münden am freien Rand im Bereich des Cylinderepithels oder an dessen Uebergang zum Plattenepithel. Sieben Mal mündeten die Ausführungsgänge im Bereiche des Plattenepithels an der Spitze des Stimmbandschnittkegels. Auch die Fränkel'sche Randdrüse wurde einige Mal gefunden. Verf. neigt also zur Annahme, dass die Sängerknötchen und die echten Stimmbandcystchen aus den Stimmbanddrüschen entstehen. JONQUIÈRE.

66) H. Halász. **Diaphragma glottidis congenitum.** *Orvosi Hetilap. 26. Beilage orr-gége es fülgyógyászat. No. 2. 1905.*

Schweres Athmen nur bei raschem Gehen oder stärkerer Arbeit zu spüren. Verf. schlitzte mit einem Kehlkopfmesser das Diaphragma von vorne nach hinten

zu auf und entfernte die getrennten Theile mittelst einer scharfen Kehlkopfpincette.

v. NAVRATIL.

67) **Nakayama** (Tokio). **Congenitale Membranbildung an der hinteren Wand des Larynx.** *Prager med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1905.*

Der im pathologischen Institut zu Prag gelegentlich einer Section beobachtete Fall von Membranbildung an der hinteren Kehlkopfwand ist nach der Literatur der vierte und hatte die Besonderheit einer doppelten Bildung der Membran. Sowohl in der Musculatur des Larynx als auch in der des Pharynx und Oesophagus fanden sich typische, meist sehr kleine Muskelspindeln, deren Vorkommen in der Musculatur dieser Organe bisher verneint wurde.

CHIARI-HANSZEL.

68) **Heinrich Halász** (Miskolz). **Die durch membranöse Verwachsung der Stimmbänder entstandene Stimmritzenverengung. Diaphragma glottidis congenitum.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bericht über einen Fall von angeborenem Kehlkopf-Diaphragma. Differentialdiagnostische Betrachtungen über angeborene und erworbene Diaphragmen.

HECHT.

69) **Maas** (Berlin). **Ueber eine eigenartige Articulationsstörung.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. November-December 1905.*

Eine 64jährige Frau hatte vor 2 Monaten einen Schlaganfall (rechtsseitige Extremitätenlähmung und mit Verlust der Sprache) erlitten. Von den Folgen dieses Insultes blieb nur eine Articulationsstörung zurück, die darin bestand, dass die Pat. stets an Stelle von g ein d und an Stelle von K ein T sprach. Diese Störung bestand nur beim Spontansprechen, verschwand völlig beim Nachsprechen. Nach etwa 4 Wochen war diese Sprachstörung nicht mehr nachweisbar.

SEIFERT.

70) **Tóvölgyi. Ueber Störungen der Stimme bei Sängern.** *Klinikai füretek. No. 7 u. 8.*

Am häufigsten wird die Function der Gesangsorgane gestört durch Katarrhe der oberen Luftwege, durch Hypertrophien der unteren Muscheln, der Tonsillen, der Seitenstränge. Eine häufige Ursache bilden Sängerknoten, Polypen des Larynx, Pachydermie der interarytaenoiden Gegend, Muskelparesen, Parästhesien, hysterische Zustände.

Betont die Nothwondigkeit der fachärztlichen Controle an Gesangsschulen, Theatern.

v. NAVRATIL.

71) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Therapie der Aphonia spastica vermittels mechanischer Beeinflussung der Glottisbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 30.*

Verf. erzielte in mehreren Fällen von Aphonia spastica anfänglich vorübergehende, später anhaltende Besserung, indem er den übermässigen phonischen Glottisschluss rein mechanisch verhinderte; er führte zu diesem Zwecke die Kehlkopfsonde zwischen die vorderen Theile der anästhesirten Stimmbänder oder einen stärkeren Keil — in Gestalt einer endolaryngealen Elektrode — zwischen die Glottis cartilaginea.

F. KLEMPERER.

72) **H. Gutzmann. Ueber die spastischen Stimmstörungen und ihre Behandlung.** *Medicinische Blätter. No. 46, 47, 48. 1905.*

Im Gegensatz zu der Normalsprechkurve erfolgt nach einer sehr heftigen Inspirationsbewegung nie eine gleichmässige und ruhige Exspiration, sondern es erfolgen auf dem Exspirationsschenkel der Kurven, gleichsam in Form von kleinen Zacken aufgebaut, fortwährend neue, sehr kurze Inspirationsbewegungen. Die Stimmbänder zeigen bei der Inspiration sog. perverse Action. Durch Einübung richtiger geräuschloser Inspiration wird auch auf den Sprach- und Stimmbildungsvorgang corrigirend eingewirkt. Prophylaktisch empfiehlt Autor, scharf und exact zu articuliren, leise zu sprechen.

J. KATZENSTEIN.

73) **T. Gordon Wilson. Sensorische Nervenendigungen am Kehlkopfeingang. (Sensory nerve endings at the entrance to the larynx.)** *N. Y. Medical News. 12. August 1905.*

Im Vestibulum laryngis besteht Geschmacksempfindung. Alle Autoren stimmen darin überein, dass über die Schleimhaut des Kehlkopfeingangs Geschmacksknospen vertheilt sind, die mit denen der Zunge zu vergleichen sind; über ihre Function bestehen bisher nur Vermuthungen. Der Hauptnerv für den Kehlkopfeingang ist der Laryngeus superior; durch seine Vermittlung werden Nervenfasern von drei verschiedenen Quellen, dem Vagus, dem Glosso-pharyngeus und dem Sympathicus geliefert.

Während die Nerven hauptsächlich auf der Seite vertheilt sind, zu der sie gehören, können zahlreiche Fasern über die Mittellinie hinweg verfolgt werden, und wenn man den Laryngeus superior auf der einen Seite durchschneidet, kann man auf der anderen Seite von der Mittellinie Degeneration beobachten. Die Hauptäste lösen sich in subepitheliale Plexus auf, von denen die Nervenendigungen entstehen; diese lassen sich in zwei Gruppen theilen, eine subepitheliale und epitheliale. Die subepithelialen Nervenendigungen können eingekapselt und uneingekapselt sein. Die eingekapselten stellen hauptsächlich modificirte Meissner'sche Körperchen und andere schwer zu classificirende Varietäten dar; die uneingekapselten sind meist baumartig, doch sieht man auch Ruffini'sche Nervenendigungen und andere. Die epithelialen Nervenendigungen sind in drei Variationen vorhanden: im Flimmerepithel, im Pflasterepithel und in Verbindung mit den Geschmacksknospen. Die Geschmacksknospen liegen im geschichteten Pflasterepithel; sie sind nicht wie bei den Papillae circumvallatae der Zunge in Furchen verborgen, sondern liegen an der freien Oberfläche; sie sind ihrer Structur nach mit denen der Zunge zu vergleichen. Sie sind reichlich von Nerven versehen, und zwar nicht nur die Knospe (perigemmal), in der Knospe (intragemmal) und an der Basis (subgemmal). Die beiden hauptsächlichsten Hypothesen in Bezug auf die Function dieser Knospen werden erörtert. Nach deren einen stellen sie blosse Ueberreste der phylogenetischen Entwickelung dar, nach der anderen sind sie reflectorische Organe, um den Verschluss des Kehlkopfes während der Passage der Nahrung zu verstärken.

LEFFERTS.

74) **E. Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Symptomatologie der doppelseitigen Facialislähmung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Verf. erörtert die bedeutenden Veränderungen, die die Sprache bei doppelseitiger Facialislähmung, durch Ausfall der Lippenlaute, durch undeutliche Vocalbildung und durch den Ausfall der Backenspannung erleidet. ZARNIKO.

75) **Leone Segre. Ein Fall von Lippen-Zungen-Kehlkopflähmung. (Su un caso di paralisi labio-glosso-laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. X. 15. November 1905.*

Pat. ist eine 60jährige Frau. Im unteren Theil des Gesichts sind die Bewegungen beschränkt, aus den Mundwinkeln fliesst Speichel, die Zunge ist völlig gelähmt; die Worte werden mühsam hervorgebracht, doch ist die Stimme laut; Kauen und Schlucken bieten grosse Schwierigkeiten, die Speisen bleiben oft in den Backentaschen liegen. Der Pharynxreflex fehlt, wogegen die Sehnen- und Hautreflexe erhalten sind. Im Verlauf eines halben Jahres verschlechtern sich die Erscheinungen; beim Versuch zu sprechen kommt nur ein Stammeln zu Stande. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man das linke Stimmband völlig in Cadaverstellung, das rechte überschreitet die Mittellinie. Die Sensibilität im Gesicht und auf der Mundschleimhaut ist intact.

Verf. giebt eine Analyse der Pathogenese des Falles. FINDER.

76) **E. Kronenberg. Ein Beitrag zur Symptomatologie der motorischen Lähmung des Laryngeus superior.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Eine von dem linken Antheil des Zungenbeinkörpers ausgehende, etwa hühnereigrosse Cyste hatte die linke Schildknorpelplatte — wie sich bei der Operation ergab — etwas nach innen eingedrückt und anscheinend auch eine Drucklähmung des Ramus externus des Nerv. laryngeus superior und damit eine Lähmung des Muscul. cricothyreoideus hervorgerufen. Laryngoskopisch zeigte sich „eine deutliche Niveaudifferenz beider Stimmbänder bei der Phonation, das gelähmte stand tiefer; gelegentlich ferner vielleicht eine geringe Verkürzung und etwas wellige Form des Stimmbandes, doch mussten zur Erzeugung dieses Bildes noch andere Momente, wohl ungenügende Contraction des Internus, mitspielen, da es stets schnell vorübergehend erschien“. Alle anderen, sonst beschriebenen Veränderungen konnte Autor nicht wahrnehmen. „Functionell zeigte sich die Lähmung durch Bildung einer tonlosen, knarrenden, tiefen Stimme und die Unfähigkeit, eine höhere Tonlage zu erzeugen.“ Pat. entzog sich nach Heilung der Operationswunde der weiteren Controle. HECHT.

77) **Lavrand. Lähmung des linken Stimmbandes und der linken Gaumensegelhälfte. (Paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais.)** *Journ. de scs. méd. de Lille. 10. Juni 1905.*

Die Lähmung war auf tracheo-bronchiale Drüsen bei einem Tuberculösen zurückzuführen. A. CARTAZ.

78) F. Massei. **Ein prämonitorisches Zeichen der Recurrenslähmung. (Un segno premonitorio della paralisi del ricorrente laringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Fasc. 1. 1906.*

Bei einem Fall von Aortenaneurysma beobachtete Verf., dass die Adductions- und Abductionsbewegungen der Stimmbänder zwar rhythmisch und vollständig waren, dass aber das linke Stimmband tiefer als das rechte stand; ebenso schien der linke Aryknorpel etwas tiefer zu liegen als der rechte. Es fand sich völlige Anästhesie des Larynxeingangs bis zum Niveau der Stimmbänder. Verf. hält die Anästhesie des Vestibulum für ein fast constantes Begleitsymptom der Recurrenslähmung; sie kann ein frühes Zeichen der Lähmung sein und geht nie über das Vestibulum hinaus. Bei linksseitiger Recurrenslähmung besteht meist völlige Anästhesie, bei rechtsseitiger Hypästhesie.

FINDER.

79) Gustav Singer. **Fremdkörper im Sinus piriformis.** *Gyermergyógyászat. No. 1905. Beilage zu „Orvosi Hetilap“.*

Kind von 4 Jahren bekam beim Wassertrinken eine Stecknadel in den Sinus pyriformis. Entfernung in Narkose mittelst Kornzange. Mit sehr gelungener Röntgenphotographie.

v. NAVRATIL.

80) M. Panner. **Der practische Werth der Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 44.*

Die Laryngo-Tracheoskopie ist bei der Diagnose bei kleinen Kindern nicht zu vermissen. Sie gelingt in der Chloroformnarkose ganz leicht. Verf. führt zwei Fälle an. In einem führte er nach der Tracheotomie die Bronchoskopia inf. aus und fand im rechten Bronchus einen Frempkörper und entfernte einen Theil desselben, einen hanfsamengrossen Knochensplitter; nach einiger Zeit hustete das Kind noch einige Knochentheilchen aus. Im anderen Falle fand Verf. mit Bronchoskopia inf. einen grossen Melonenkern im rechten Bronchus und entfernte denselben mittelst Zange.

v. NAVRATIL.

81) Bergh (Malmö). **Zur Casuistik der Fremdkörper des Kehlkopfes.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Eine zur Deckung eines Defects im harten Gaumen bestimmte Prothese von 27 mm Länge und 25 mm Breite wurde von einem Patienten aspirirt und lag mehrere Wochen im Larynx über dem rechten Stimm- und Taschenbande ohne — ausser geringer Heiserkeit — Beschwerden hervorzurufen. Die im Laufe der Zeit mit Salzen inkrustirte und mit Schleim bedeckte Platte täuschte anfangs eine luetische Ulceration des Larynx vor und konnte erst nach mehrwöchentlicher Behandlung richtig diagnosticirt und dann leicht per vias naturales entfernt werden.

HECHT.

82) Kob (Berlin). **Beiträge zur Killian'schen Bronchoskopie.** *Deutsche med Wochenschr. No. 10. Vereinsbeilage. 1905.*

Vorstellung zweier durch obere Bronchoskopie geheilter Fremdkörperfälle (Federpose, Knochenstückchen). — In der Discussion erwähnen Tillmanns (Leipzig) und Borchardt einiger Misserfolge, die aber nicht der Methode zur Last gelegt werden können.

ZARNIKO.

83) **Manasse** (Strassburg i. E.). **Demonstrationen zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. Vereinsbeilage. 1905.*

1. Ein Stück Eierschale am unteren Ende der Trachea oder im Anfangstheil eines Hauptbronchus, bei genauer Einstellung der Bronchoskopröhre durch Husten spontan entleert. 2. Präparat eines Speiseröhrenkrebses. Probeexcision war leicht durch das Oesophagoskop auszuführen gewesen. ZARNIKO.

84) **Robert Barclay. Ein practischer Rathschlag bezüglich der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf. (A practical suggestion respecting the removal of foreign bodies from the larynx.)** *Journal Miisouri State Medical Association. August 1905. Medical Fortnightly. 11. September 1905.*

Der Rath besteht darin, dass, wenn der Fremdkörper gefasst ist, der Patient lange hintereinander ausathmen und wenn der Punkt der Intoleranz erreicht ist, plötzlich tief einathmen soll, wobei sich der Larynx weit ausdehnt. Der Fremdkörper folgt dann, ohne dass man zu ziehen braucht. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

85) **G. Tescione. Histologische Modification der Schilddrüse infolge Exstirpation der Ovarien; experimentelle Studie. (Modificazione istologicha della glandola tiroide in seguito all'ablazione delle ovaje: ricerche sperimentali.)** *Arch. Ital. Ginecol. Anno 7. Vol. 2. No. 6. p. 251. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

86) **A. Lüthi. Ueber experimentelle venöse Stauung in der Hundeschilddrüse.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 247. 1905.*

Die Schilddrüse ist so reichlich mit Venen versorgt, dass selbst nach Unterbindung der Hauptäste die Circulation sich durch compensatorische Vergrösserung des noch durchgängigen Venenquerschnittes und wohl auch durch vorübergehende Verminderung der Blutzufuhr rasch wieder ins Gleichgewicht setzen kann. Genügen diese compensatorischen Vorgänge nicht, so entsteht Stauung mit histologischen Veränderungen, welche zum Theil denjenigen der Thyreoiditis analog sind. Sie setzen sich zusammen aus: Dilatation der Venen und Capillaren, Blutaustritt in die Alveolen, Colloidschwund, Epitheldesquamation und respiratorischen Vorgängen, Resorption des Blutergusses und Bindegewebsneubildung. Im Gegensatz zum histologischen Bild der Thyreoiditis fehlt dagegen die vermehrte Neubildung und Wucherung der Epithelzellen, sowie die reichliche Einwanderung von Leukocyten in das Bläscheninnere. Bei Verschluss sämmtlicher Venen entsteht Nekrose unter dem Bilde des rothen Infarktes. Die Desquamation der Epithelzellen ist der Ausdruck der Schädigung, welche das Gewebe durch die venöse Stauung erlitten hat. Das normale Colloid der Hundeschilddrüse ist ein flüssiger Eiweisskörper. Die Schilddrüsenvenen betheiligen sich wahrscheinlich nicht wesentlich an der Colloidabfuhr. J. KATZENSTEIN.

87) **J. Sarbach. Das Verhalten der Schilddrüse bei Infectionen und Intoxicationen.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 213. 1905.*

Die acuten Infectionskrankheiten, besonders Scharlach, können ausgesprochene histologische Veränderungen in der Schilddrüse hervorrufen, diese Veränderungen bestehen in Hyperämie, Verflüssigung und Schwund der Colloiddesquamation der Epithelzellen. Die beobachteten Unterschiede sind gradueller Natur, das Bindegewebe bleibt immer intact. Chronischer Alkoholmisbrauch wirkt schädigend auf die Schilddrüse ein; diese Einwirkung giebt sich im Wesentlichen kund durch die gleichen histologischen Veränderungen wie bei Infectionskrankheiten. Die chronische Lungentuberculose ruft in der Mehrzahl der Fälle und viel häufiger als irgend eine andere Erkrankung, in der Schilddrüse eine Vermehrung des Bindegewebes hervor und bedingt überdies ein allmäliges Schwinden der Follikel. Chronische Nephritis, Urämie, Kachexie bei Krebs, Sarkom bewirken keine Veränderungen an der Schilddrüse.

J. KATZENSTEIN.

88) **Goris. Exstirpation von drei cystischen Nebenschilddrüsenlappen. (Exstirpation de trois lobules parathyroïdiens kystiques.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1905.*

Auftreten eines gelappten Tumors seit 3 Jahren in der linken Warzenfortsatzgegend bei einem 22jährigen Mann; die Palpation ergiebt das Gefühl von weichen Lymphomen. Exstirpation mit Incision nach Kocher; der sehr adhärente Tumor erwies sich bei der Dissection zusammengesetzt aus drei nebeneinandergereihten, von einander ebenso wie von der Schilddrüse unabhängigen Cysten, welche eine grünliche, klebrige Flüssigkeit entsprechend der von Schilddrüsencysten, enthielt, eingeschlossen in eine hinten dick- und vorne dünnwandige Cyste. Depage hat einen ähnlichen Fall bei einem 50jährigen Mann operirt.

BAYER.

89) **John B. Murphy. Obere accessorische Schilddrüsen. (Superior accessory thyreoids.)** *Journal American Medical Association. 16. December 1905.*

Die medicamentöse Behandlung ist unbefriedigend; die Prognose einer Operation ist im Allgemeinen gut, wenn die normale Schilddrüse vorhanden ist. Dieser Punkt ist von grösster Bedeutung. Ist die accessorische Schilddrüse die einzige, die der Pat. hat, so soll sie nicht entfernt werden. Der Weg der Operation soll suprahyoidal oder submental sein. Eine Incision wird von der Symphyse des Kinns nach unten bis zum Zungenbein gemacht; die correspondirenden Muskeln werden mittels Retractoren getrennt und sobald der Tumor zu Gesicht kommt, wird er enucleirt. In 6 von 39 Fällen trat Recidiv ein.

LEFFERTS.

90) **Ruch** (Souvillier). **Besteht ein Zusammenhang zwischen Strumen und Katarrh?** *Berner Dissertation. Bern 1905.*

Vossius und sein Schüler Becker vermuthen einen Zusammenhang zwischen Struma und Linsenstaar auf dem Wege der Autointoxication. Verf. fand: 1. bei 58 Kropffällen bloss 3 Staare, welche sich durch Senilität erklärten; 2. bei 42 Fällen von nicht congenitalem Cataract keinen grösseren Procentsatz an Kröpfen, als er bei der Berner Bevölkerung überhaupt vorkommt; 3. trotzdem im Berner-

land mehr Kröpfe vorkommen als in Deutschland, ist der Procentsatz der Staarblinden nicht grösser.

Verf. beantwortet daher seine Frage entschieden verneinend.

JONQUIÈRES.

91) **Lawrence Humphgry. Die Parathyroiddrüsen beim Morbus Basedow. (The parathyroid glands in Graves' disease.)** *Lancet. 11. November 1905.*

In 4 schweren — darunter 2 tödtlichen — Fällen von Morbus Basedow wurden die Parathyroiddrüsen untersucht; man fand in allen Fällen intensive Fettinfiltration. In 18 anderen Fällen wurden die Parathyroiddrüsen gleichfalls excidirt und völlig normal und frei von Fett befunden. In keinem Fall von Graves Krankheit waren die Parathyroiddrüsen hypertrophirt. Verf. beschreibt seine Methode der Exstirpation der Drüsen.

ADOLPH BRONNER.

92) **H. B. Shaw** (London). **Eine Vorlesung über Morbus Basedow. (A lecture on exophthalmic goitre.)** *The Clinical Journal London. 18. October 1905.*

Verf. behandelt in dieser Vorlesung die meisten Ergebnisse auf dem Gebiet der Forschungen über Pathologie und Therapie der Krankheit.

JAMES DONELAN.

93) **S. Dreschfeld** (Manchester). **Ueber einige Symptome und die Behandlung des Morbus Basedow. (On some of the symptoms and treatment of Graves disease.)** *The Medical Chronicle Manchester. Januar 1906.*

Verf. beschreibt einige der hauptsächlichsten und bestbekannten Symptome dieser Krankheit, die er durch einige Fälle illustrirt. Die besten Resultate hat er mit dem Moebius'schen Antithyreoidserum erzielt.

JAMES DONELAN.

94) **B. Farquhar Curtis. Resultate der chirurgischen Behandlung bei Morbus Basedow. (Results of the surgical treatment in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 7. October 1905.*

Von den beiden in letzter Zeit empfohlenen Operationen, der partiellen Thyreodectomie und der Entfernung des sympathischen Cervicalganglion, giebt Verf. der ersteren den Vorzug, weil sie einfacher ist und nicht so ausgedente Narben resultiren. Er citirt einen chirurgisch behandelten Fall, in dem der Kropf einige Zeit nach der Operation recidivirte und der Patient an acuter Endocarditis starb. Sechs von den Patienten, die starben, hatten nach der Operation Albuminurie, während ein Patient, der vor der Operation Albuminurie hatte, genas. Viele von den Patienten, die ad exitum kommen, zeigen Zeichen von acutem Thyreoidismus. Bei der partiellen Thyrooidectomie braucht kein allgemeines Anästheticum angewandt zu werden, da dies zur Entstehung von acutem Thyreoidismus führen kann; die Operation soll vielmehr unter localer Cocainanästhesie gemacht werden. Die Erfolge der partiellen Thyreodectomie sind, dass die Patienten von den störenden Symptomen der Krankheit befreit werden: der Exophthalmus wird verringert, die Augenlider können geschlossen werden, der Kropf wird verkleinert, auch der Tremor und die anderen Symptome nehmen ab. Von 136 Fällen starben 17 an acutem Thyreoidismus; bei den Ueberlebenden kommen gelegentlich Recidive vor.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

95) **Glücksmann** (Berlin). **Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Verf. betont, dass das Eindringen von Fremdkörpern in die oberen Speisewege stets als Trauma anzusehen ist. Der Arzt thut im eigenen Interesse gut, den Pat. auf die Möglichkeit nachträglicher Complication (Mediastinitis, Septicämie) hinzuweisen, bevor er einen Eingriff unternimmt. — Mittheilung mehrerer Fremdkörperfälle, bei denen das Glücksmann'sche Oesophagoskop mit Vortheil verwandt wurde. (Die schematischen Abbildungen, die dieses Instrument erläutern sollen, sind dem Referenten absolut unverständlich.)

ZARNIKO.

96) **H. E. Lomex. Ruptur der Speiseröhre infolge Verletzung von aussen her. (Rupture of the esophagus resulting from external traumatism.)** *N. Y. Medical Record. 6. Januar 1906.*

Verf. giebt an, dass sein Fall der zweite bisher beobachtete von Ruptur der Speiseröhre infolge Verletzung von aussen her sei. Es handelte sich um eine 44 jährige Frau, deren Körper bei einem Fahrstuhlunfall stark comprimirt wurde. Sie verlor das Bewusstsein nicht und klagte nicht über grosse Schmerzen. Elf Stunden später trat der Tod ein nach ziemlich plötzlichem Auftreten von Collapssymptomen; die Autopsie zeigte eine Ruptur des Oesophagus dicht über dem Zwerchfell mit Austritt von Mageninhalt in die linke Pleurahöhle. Ausserdem bestanden multiple Beckenfracturen.

EMIL MAYER.

97) **A. Hannecart** (Brüssel). **Ueber die Fremdkörper des Verdauungscanals und speciell des Oesophagus. (A propos des corps étrangers du tube digestif et specialement de l'oesophage.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 2. 1905.*

H. führt zuerst 3 Fälle an von verschluckten Nadeln und Stecknadeln; während die Stecknadeln den ganzen Intestinaltractus durchliefen, perforirten die Nadeln den Magen, den Darm und die Pleura und riefen Abscesse hervor, deren Eröffnung das Ausstossen des Fremdkörpers veranlasste. — Sodann theilt er 2 Fälle von Oesophagusfremdkörpern mit, wovon der eine — eine Münze — oberhalb der Cardia festsass und in den Magen gestossen wurde, event. nach 7 Tagen mit dem Stuhl abging; der zweite stellt einen voluminösen Fremdkörper — künstliches Gebiss — dar, der vermittelst der Radiographie diagnosticirt und durch die Oesophagotomia interna entfernt wurde. Heilung. Er schliesst daraus: die Entfernung der Fremdkörper auf natürlichem Wege, vorausgesetzt, dass sie mit grosser Vorsicht ausgeführt wird, ist indicirt bei runden Körpern (Münzen) und in frischen Fällen.

In allen alten Fällen und in frischen Fällen, in welchen der Fremdkörper eine oder mehrere scharfe Ecken darbietet, schreite man zur Entfernung auf künstlichem Wege, sei es durch die Pharyngotomia retrothyroidea, sei es durch die Oesophagotomia externa, sei es durch die Gastrotomie.

Die Radiographie ist von grossem Vortheil bei der Wahl des operativen Eingriffs.

BAYER.

98) v. **Hacker** (Innsbruck und Graz). **Weitere Beiträge zur Fremdkörperentfernung mittels der Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. 1905.*

Den 1901 (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 29) zusammengestellten 27 Fällen (mit 26 Erfolgen) reiht Verf. 12 neue Fälle (sämmtlich erfolgreich) von Fremdkörperentfernung mit Hülfe des Oesophagoskops an. Eine Uebersicht über die sämmtlichen Fälle lehrt, dass „aus dem normalen Oesophagus in 18 Fällen, in denen es sich um grössere Fremdkörper handelte, am häufigsten Knochenstücke (8 mal), demnächst Gebisse (4 mal) und Fruchtkerne entfernt wurden. Bei den Stricturen (17) der verschiedensten Art handelte es sich ausser verstopfenden Fleischstücken (8 mal) fast ausschliesslich um Fruchtkerne (6 mal Pflaumen-, 2 mal Kirschkerne), 1 mal um eine Steinkugel. Aus dem infrabifurcalen Theil des normalen Oesophagus wurden Fremdkörper 6 mal, aus Stricturen desselben 11 mal entfernt". Verf. fordert von den Chirurgen, dass sie die Oesophagoskopie beherrschen lernen.

ZARNIKO.

99) **Coolidge. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Juni 1905. Boston Medical and Surgical Journal. 25. Mai 1905.*

Eine Frau verschluckte eine geöffnete Sicherheitsnadel, die mittels der X-Strahlen mit nach oben gerichteter Spitze im Oesophagus zu sehen war. Die Spitze drang in die Gewebe ein und die Extractionsversuche mussten zuerst wieder aufgegeben werden. Verf. liess einen Metallring anfertigen von passendem Durchmesser, der im rechten Winkel an einem festen Draht befestigt war. Eine Killian'sche Röhre wurde in den Oesophagus eingeführt und durch diese der Ring, der nach unten unter die Nadel geschoben wurde. Mit einer Killian'schen Zange wurde die Nadel bei der Spitze gefasst, nach unten in den Ring gestossen und mit diesem zusammen extrahirt.

LEFFERTS.

100) **G. Finály. Ueber directe Oesophagoskopie und Bronchoskopie.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 50.*

Zusammenfassender Artikel.

v. NAVRATIL.

101) **Bayard Holmes. Oesophagusstrictur infolge Spasmus der Cardia. (Stricture of the oesophagus from spasm of the cardia.)** *Medical Standard. April 1905.*

Cardiospasmus kommt bei Carcinom, Ulcus, Fissuren und anderen Läsionen in unmittelbarer Nähe des Oesophagus vor. Er kann auch ohne erkennbare Ursache wahrscheinlich infolge neurotischer Ursachen eintreten. Die Dinge liegen ähnlich wie beim Stottern; gewöhnlich geht das Schlucken frei vor sich; tritt aber eine Gemüthserregung ein im Moment der Deglutition, so tritt ein scharfer nach Brust und Rücken ausstrahlender Schmerz in der Sternalgegend auf, der oft so stark wird, dass sich Dyspnoe und Asthma wie bei Angina pectoris einstellt. Oft tritt bei diesen Anfällen Bewusstlosigkeit und Erbrechen ein. Verf. behandelt die pathologische Anatomie und Behandlung der Krankheit.

EMIL MAYER.

102) **Noever. Spastische Oesophagusstenose. (Sténose spastique de l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 46. 1905.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler vom 9. September 1905 berichtet N. über einen 65jährigen Kranken, welcher seit 7 Jahren nur Flüssiges zu sich nehmen konnte. Die Sonde dringt bis ca. 30 cm von der vorderen Zahnreihe an vor und kommt blutig zurück. In Folge wiederholter Sondirungen konnte Patient 2 Tage lang selbst Flüssigkeiten nicht mehr verschlucken. Die radialogische Untersuchung lieferte wichtige Aufschlüsse bezüglich der Diagnose: Bei dem emphysematösen Kranken zeigte sich an der linken Lungenspitze eine dunkle Stelle; Drüseninfiltration unterhalb beider Schlüsselbeine, besonders links an der dunklen Stelle; 3 cm unterhalb der linken Clavicula sieht man eine pulsirende dunkle Stelle, welche von der zurückgedrängten Aorta herstammt. Lässt man eine Bismuthkapsel verschlucken, so sieht man sie mehrere Male zurückprallen, ehe sie den Oesoghagus passirt. Es handelt sich demnach um Oesophagusspasmen, deren Ursprung in den Drüseninfiltrationen des Mediastinums und in der Verdrängung der Aorta gesucht werden muss.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jahresversammlung der British Medical Association
in Leicester 1905.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: J. W. Bennett.

Der Vorsitzende heisst die Mitglieder willkommen und giebt eine kurze Einführung in die Arbeiten der Section.

Das Thema, das zuerst zur Discussion gestellt ist, betrifft die Behandlung der tuberculösen Kehlkopferkrankung.

Habershon (London) giebt zunächst ein kurzes historisches Resumé. Er führt eine Anzahl von Autoritäten an für die Ansicht, dass die Larynxtuberculose fast stets secundär zu einer Lungenerkrankung hinzutritt. Die verschiedenen Meinungen über das Zustandekommen der Kehlkopfaffectionen (Louis, Rheiner, Heinze, Mackenzie) werden angeführt. In einer grossen Anzahl von Fällen bestehen die ersten Symptome, durch die eine tuberculöse Laryngitis sich ankündigt, in einem Kehlkopfkatarrh.

Redner führt Statistiken an über die Häufigkeit der Erkrankung bei solchen Personen, deren Stimme in abnormer Weise in Anspruch genommen ist oder die in staubiger Luft sich aufzuhalten gezwungen sind. Er stimmt mit der vor 20 Jahren in Wien ausgesprochenen Ansicht überein, dass die Localisation der frühzeitigen Erkrankung von der Art des Epithelüberzuges abhängt. Er giebt eine auf zahlreiche Sectionsbefunde sich stützende Statistik, aus der hervorgeht, dass die Erkrankung gewöhnlich dort beginnt, wo die Schleimhaut Papillen besitzt und wo Pflasterepithel vorhanden ist. Das mit Tuberkelbacillen beladene Sputum

bleibt auf dem Flimmerepithel nicht haften; wenn aber ein katarrhalischer Zustand an anderen Stellen die papilläre Structur steigert und zur Bildung tiefer Taschen führt, so ist die Möglichkeit für eine Infection und Resorption tuberculösen Materials gegeben.

Bei frühen Ulcerationen ist Allgemeinbehandlung, Ruhe und Vermeidung des Sprechens von grösster Wichtigkeit. Bei oberflächlichen Ulcerationen hat er Pinselung mit Milchsäure am wirksamsten gefunden. Auch jodhaltige Medicamente sind werthvoll; auf Injectionen von Jodipin wird hingewiesen. In späteren Stadien räth H. nicht zu energischen operativen Maassnahmen, ausser wenn die Kehlkopfsymptome den hervorstechendsten Theil des Krankheitsbildes ausmachen und die Lungenerkrankung nur leicht ist. Gelegentlich kann Kehlkopfexstirpation oder sonstige radicale Operation erwünscht sein. Von all den Palliativmitteln bei vorgeschrittener Kehlkopferkrankung ist keins so werthvoll wie das Orthoform.

Jobson Horne (London) berichtet kurz über klinische und pathologische Untersuchungen, die er im Jahre 1893 begonnen hat. Er schätzt, dass in 97 pCt. der Fälle von Phthise zu einer oder der anderen Zeit während des Verlaufes der Erkrankung Erscheinungen von Seiten des Larynx vorhanden sind. Diese Symptome rühren oft von krankhaften Veränderungen in den tieferen Gewebstheilen her zu einer Zeit, wo die oberflächlichen Theile dem blossen Auge noch keine Abweichungen vom Normalen zeigen.

Die Grundsätze, die für eine chirurgische Behandlung maassgebend sind, lassen sich nur durch gründliche Studien am Sectionstisch und im Laboratorium kennen lernen. Dementsprechend giebt H. in einer Reihe von Sätzen das Ergebniss seiner während eines Zeitraums von 12 Jahren bei den Sectionen erworbenen Erfahrungen wieder. Sie lauten:

1. Wenn der Kehlkopf tuberculös erkrankt war, hatte die Krankheit stets auch schon die Lunge ergriffen gehabt. Primäre Larynxtuberculose wurde in einer kaum in Betracht kommenden Zahl von Fällen beobachtet.

2. Trat die Lungenerkrankung in der rein miliaren Form auf, so wurde der Larynx nicht inficirt.

3. Die Kehlkopferkrankung machte pari passu mit der Lungenaffection Fortschritte, d. h. zur Zeit, wo es im Kehlkopf zu Geschwürsbildung gekommen war, hatten sich in der Lunge Cavernen gebildet. Umgekehrt kam die Kehlkopferkrankung zum Stillstand, wenn dies bei der Lungenerkrankung der Fall war.

4. Die Infection des Larynx erfolgte durch das aus den Lungen stammende Sputum.

Redner demonstrirt dann an der Hand von Lichtbildern: a) gewisse für die Kenntniss der Aetiologie und Behandlung der Kehlkopftuberculose wichtige Punkte aus der Histologie des Larynx; b) die Art der Infection des Larynx; c) die natürliche Art, wie die Erkrankung zum Stillstand kommt; d) die Resultate der chirurgischen Behandlung; e) die Rolle, die bei der tuberculösen Erkrankung des Larynx dem Lymphgefässsystem zukommt; f) die primäre Larynxtuberculose.

Die Hauptaufgabe des Arztes besteht darin, dass er die Natur bei ihrem Bestreben unterstützt, die Krankheit mit der möglichst geringen Zerstörung des Larynx zum Stillstand zu bringen.

Redner hat auf der Versammlung in Portsmouth im Jahre 1899 den Nachweis zu führen gesucht, dass Pachydermia laryngis tuberculosa den Ausgang des natürlichen Krankheitsstillstands darstellt. Die Hyperplasie und Metaplasie des Epithels und die begleitende Fibrose der Submucosa stellen einen Heilungsprocess dar, zu dem die chirurgische Behandlung nicht beitragen kann. Im Jahre 1899 und dann wieder in Chattenham 1901 hat H. betont, dass bei den mehr chronischen Fällen der Krankheit, in denen Verdickung der Schleimhaut ohne Ulceration Platz gegriffen hat, es irrationell ist, mittels Curetten und schneidenden Zangen eine Continuitätstrennung in der Oberfläche hervorzurufen. Lineare mit einem scharfen Messer in longitudinaler Richtung gemachte Incisionen hat er für geeignet befunden, um Oedeme und chronische Verdickungen zum Rückgang zu bringen; eine weite Verletzung der Oberfläche dagegen mittels Curette oder Zange ist in Fällen von zum Stillstand gekommener Erkrankung des Kehlkopfes und der Lungen im Stande, eine Infection der cervicalen Lymphdrüsen und eine weitere Ausbreitung der Krankheit zu bewirken. Es ist ein dringendes Gebot, nicht nur den Larynx, sondern den Patienten zu behandeln. Inhalationen und intratracheale Injectionen sind, wenn sie sachgemäss ausgeführt werden, oft von grossem Werth für die Vermeidung der Kehlkopfinfection. Sanatoriumbehandlung kann direct und indirect die Kehlkopferkrankung günstig beeinflussen; sie bessert den Zustand der Lunge und vermindert dadurch die Häufigkeit der Kehlkopfcomplicationen. Locale Behandlungsmethoden sollten einen Theil der Sanatoriumbehandlung bilden. In vorgeschrittenen Fällen kann eine chirurgische Behandlung nothwendig werden; eine geschwollene Epiglottis kann die Amputation erforderlich machen; Larynxödem kann mit linearen Scarificationen, Infiltrationen mit Incision oder Galvanokaustik behandelt werden; bei indolenten Ulcerationen mag curettirt und Milchsäure eingerieben werden, doch darf diese nie bei intacter Oberfläche angewandt werden.

Die chirurgische Behandlung hat innerhalb gewisser Grenzen ihre Berechtigung; extreme chirurgische Methoden mit energischer Anwendung der Zange können nicht als rationell betrachtet werden.

Harold Barwell (London) betont, dass die Behandlung sich danach richten muss, ob man eine völlige Heilung des Patienten erzielen zu können glaubt, ob man bloss die Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes ohne Rücksicht auf die Lungen zum Stillstand bringen will oder ob man ausschliesslich nur eine Erleichterung der Beschwerden anstrebt. Wir sollten auf eine völlige Heilung überall da hinzielen, wo die Lungenerkrankung zu fehlen oder nicht ausgedehnt zu sein scheint oder nicht rapide Fortschritte macht. In solchen Fällen bringt oft Application von Milchsäure, Formalin oder Phenol Heilung. Ist dagegen die Krankheit ausgedehnter, so muss ohne Verzug die Zange oder Curette in Anwendung kommen; in manchen Fällen ist auch die Thyreotomie von grossem Nutzen. Auch wenn die Lungen bereits augenscheinlich sehr stark erkrankt sind, kann eine Behandlung des Larynx noch entschieden Besserung herbeiführen.

In hoffnungslosen Fällen, wo die Lungenaffection bereits sehr vorgeschritten ist und schnell weiterschreitet oder wenn die Larynxerkrankung ausgedehnt ist, aber nicht viel Beschwerden verursacht, sollen wir von einer activen Behandlung

absehen. In den Fällen jedoch, in denen schwere Dysphagie besteht, sind oft operative Eingriffe von grösstem Nutzen; Entfernung eines Theiles des Aryknorpels oder der Epiglottis mit der Zange beseitigt oft auf einmal die Schmerzen. Alle Phthisiker sollen laryngoskopirt werden, damit die eine verhältnissmässig gute Prognose gebenden Anfangsstadien der Larynxerkrankung nicht unbemerkt bleiben.

In der Discussion spricht St. Clair Thomson die Meinung aus, dass man in der Auswahl der einer Localbehandlung zu unterziehenden Fälle sehr vorsichtig sein müsse, da diese oft grossen Schaden stifte. Er giebt eine sehr ausführliche Darstellung des Lebens im Sanatorium und ist gleichfalls der Ansicht, dass die Sanatoriumbehandlung sehr aussichtsvoll ist. Gelegentlich kann zur Beseitigung krankhafter Producte die Curette in Anwendung kommen oder man kann durch Caustica oder Cauterisation die Bildung fibrösen Gewebes und die Narbenbildung anregen. Am meisten kann man sich von einer Behandlung von Infiltrationen und oberflächlichen Geschwüren der Stimmbänder, der intraarytaenoiden Gegend und der Region vor den Aryknorpeln versprechen. Sind beide Seiten des Larynx in ausgedehntem Maasse von der Krankheit ergriffen, sind beide Aryknorpel stark infiltrirt, ist ein hartnäckiges Pseudoödem, Perichondritis oder starke subglottische Erkrankung vorhanden, so kann man keine Heilung erwarten. Redner protestirt gegen die Ansicht, dass die Tuberculose des Kehlkopfes wie eine Tuberculose der Knochen, Gelenke und Drüsen durch Excision behandelt werden könne. Ruhigstellung des Larynx ist eine der Hauptbedingungen für das Zustandekommen einer Heilung.

Die meisten der folgenden Redner legen das Hauptgewicht auf die Ruhe des Kehlkopfes und Sanatoriumbehandlung.

Having (Manchester) hat gegen Dysphonie und Husten besonders die Entfernung papillärer Excrescenzen in der Regio interarytaenoidea wirksam gefunden.

Spicer (London) legt besonderes Gewicht auf die Nothwendigkeit einer freien Nasenathmung.

Watson Williams (Bristol) hält Enthaltsamkeit von Sprechen für besonders nothwendig bei Affectionen der Aryknorpel, weniger bei oberflächlichen Ulcerationen der Stimmbänder allein. Er hat von der Anwendung der Milchsäure ausgesprochenen Nutzen gesehen, nachdem es mit der Ruhe allein lange vergebens versucht worden war.

Syme (Glasgow) hält in frühzeitigen Fällen eine einfache Behandlung oft für ausreichend, da in solchen Fällen die Laryngitis oft einen nicht tuberculösen Typus hat.

Hunt (Liverpool) stimmt mit Horne nicht darin überein, dass die Kehlkopf- und Lungenerkrankung pari passu weitergehen; er ist für vorsichtige Anwendung activer Maassnahmen.

Dundas Grant (London) meint, man müsse schärfer unterscheiden zwischen einer frühzeitigen Infiltration, die tuberculös ist und Oedem, das auf eine Mischinfection mit pyogenen Kokken zurückzuführen ist.

Herbert Tilley (London): Symptome, Diagnose und Behandlung des chronischen Keilbeinhöhlen-Empyems.

Redner beschreibt die Variationen in der Grösse und den sonstigen Verhält-

nissen des Sinus; er macht besonders auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die dadurch entstehen, dass die hinteren Siebbeinzellen sich weit nach hinten längs der oberen seitlichen Keilbeinhöhlenwand ausdehnen können.

Der Kopfschmerz ist gewöhnlich ein verticaler oder occipitaler, kann aber auch anders localisirt sein. Durch die Secretion kann ein Nasenrachenkatarrh verursacht werden. Zur Sicherung der Diagnose kann es nöthig sein, das Ostium des Sinus zu tamponiren. Häufig findet man geistige Depression.

Irrigationen des Sinus führen selten zu permanenter Besserung und Redner hat es für vortheilhafter gefunden, die vordere Sinuswand völlig unter Narkose zu entfernen. Entfernung der hinteren Siebbeinzellen ist häufig nothwendig. Tamponade des Sinus mit in verdünnter Silbernitratlösung getränkter Gaze verhütet ein Vollwuchern der Höhle mit Granulationen.

Horne hat auch die Methoden Hajek's von hohem Nutzen gefunden. Eine Ausbuchtung des Muco-Periosts kann eine polypoide Degeneration der Schleimhaut vortäuschen; Curettage sollte in jedem Fall nur sehr vorsichtig vorgenommen werden oder man muss auf unglückliche Zufälle gefasst sein.

Bronner (Bradford) erinnert an die Häufigkeit von Meningitis und Opticusatrophie im Anschluss an Sinuserkrankung.

St. Clair Thomson lenkt die Aufmerksamkeit auf die durch Vorwölbung der hinteren Siebbeinzellen bedingten Anomalien der Keilbeinhöhle.

Pegler (London) berichtet über einen Fall, in dem die Differentialdiagnose zwischen einem Sinusempyem und einer im Nasenrachen localisirten Eiterung mit Schleimhautatrophie grosse Schwierigkeiten machte.

Watson Williams (Bristol) fand gelegentlich Aspiration durch die vordere Wand von Nutzen.

Smurthwaite (Newcastle): Submucöse Resection wegen Septumverbiegungen.

Redner hat die Operation 35 mal vorgenommen. Er zeigt an der Hand einer Anzahl von Präparaten die einzelnen Phasen der Operation und auch ein „resecirendes Elevatorium“, das er angegeben hat. Das Instrument ist an seinem Ende oval, über die Fläche und Schneide gebogen. Die Flächenkrümmung entspricht mehr oder weniger der Convexität der Septumverbiegung und erlaubt dem Instrument daher mit grösserer Leichtigkeit hinter die Verbiegung zu kommen. Er hat ferner das Killian'sche Septumknorpelmesser derart modificirt, dass sein Ende fast in rechtem Winkel nach oben gedreht werden kann. Das erlaubt dem Operateur, zunächst soweit nach hinten zu schneiden, wie er wünscht, dann durch Senken des Handgriffs nach unten und sodann nach vorwärts zu schneiden und so ein beträchtliches Stück des Knorpels in einem Zug zu entfernen, ohne dass man gezwungen ist, irgend welche schneidende Zange für die Entfernung des Fragments in Anwendung zu bringen. S. operirt unter Localanästhesie (Eucain β 2 pCt. und Adrenalin).

Er hat niemals irgend welchen Nachtheil aus der Dünne des übrig bleibenden membranösen Septums entstehen sehen. Die Membran schien allmälig fester zu werden, was Redner auf eine Fibrose und nicht auf eine Neubildung von Knor-

pel zurückführt. In keinem Fall trat ein Einsinken des Nasenrückens ein. Bei zunehmender Erfahrung gelang es, die Operation viel rascher als Anfangs auszuführen; im letzten Fall dauerte sie nur 20 Minuten. Die meisten Patienten waren am Tage nach der Operation bereits im Stande, ihrer Beschäftigung wieder nachzugehen.

Pegler (London): Ein Vergleich zwischen dem Werth der Septumspaltung und der submucösen Resection bei der Behandlung von Septumdeviationen.

Die Spaltung des Septums wird in England fast stets nach der Methode von Moure ausgeführt. Redner stellt für diese Operation folgende Principien auf:

1. Alle auf das Septum oder die Muscheln zu beziehenden Hindernisse der Nasenathmung müssen in derselben Narkose gleichzeitig mit der Septumspaltung beseitigt werden.

2. An Stelle von Moure's Metallplatte und der mechanischen Dilatation wird eine flache Platte aus weichem Kautschuck gesetzt.

3. An Stelle der Moure'schen Scheere tritt als ein wirksameres Instrument des Redners Septotom.

4. Die grösste Aufmerksamkeit muss darauf gerichtet werden, dass besonders der Vomer unten und oben frei durchtrennt wird, damit das Septum in seiner neuen Lage festgehalten werden kann, ohne dass durch die Platte eine Spannung oder sonstige Unbequemlichkeiten verursacht werden.

Die Hauptvortheile der unter Beachtung dieser Principien ausgeführten Spaltung des Septums sind Einfachheit und Schnelligkeit des Verfahrens. Der Erfolg ist jedem mit der rhinologischen Chirurgie vertrauten Operateur sicher. Den idealen Fall für diese Operationsmethode stellt die einfache gleichmässige Deviation mit combinirter verticaler und horizontaler Verbiegung dar. Weniger geeignet sind S-förmige Verbiegungen mit der grössten Krümmung hoch oben oder vorn. Die submucöse Resection eignet sich besser für solche Fälle, als für selbst einfache Deviationen, bei denen die Neigung vorhanden ist, zu wenig zu reseciren. Alle gewöhnlichen Abnormitäten des Septum kommen für die Operation in Betracht, mit Ausnahme der an der Sutura ethmo-vomerina posterior, die eine selbstständige Behandlung erfordern. Die submucöse Resection macht die Nothwendigkeit einer Reduction der Muscheln in verengten Nasen nicht überflüssig. Sie hat den Nachteil, lange Zeit zu erfordern, während deren der Patient sich in allgemeiner Narkose befindet. Sie erfordert grosse Erfahrung, eine sorgfältige Auswahl der Fälle, ein reiches Instrumentarium und sehr gute Beleuchtung.

Scanes Spicer (London) findet die allgemeine Anästhesie für nothwendig, operirt den Patienten aber im Sitzen.

Ouston meint, die submucöse Resection finde eine Einschränkung darin, dass in vielen Fällen von Deviation infolge Trauma in der Kindheit eine Verwachsung zwischen Schleimhaut und Knorpel bestehe.

Syme (Glasgow) demonstrirt besonders gebogene Zangen zur Abtragung der Antrumwand von der Nase aus.

F. W. Bennett (Präsident der Section).

b) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Vorsitzender: Chichale Nourse.

Wallace: Nasenverstopfung und Mundathmung.

In seinem Vortrag behandelt W. das Thema der Nasenverstopfung vom Standpunkt des Zahnarztes aus; er lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf den schädlichen Einfluss, den eine vorwiegend weiche Nahrung im Kindesalter ausübt.

Chichale Nourse hält eine Ansprache als Vorsitzender.

Kelson: Nasenpolypen mit Deformität der Nase.

Es handelt sich um einen alten Fall von Nasenpolypen; der Nasenrücken ist verbreitert.

Wyatt Wingrawe: Gaumenulceration (zur Diagnose).

Dan Mackenzie: Fall von tertiärer Syphilis der Nase bei gleichzeitiger Epilepsie.

Der Fall zeigt das unglückliche Resultat, zu dem eine Untersuchung der Nase seitens eines Ophthalmologen geführt hat. Es sprechen Wyatt Wingrawe und der Vorsitzende.

Chichale Nourse: 1. Fractur des Kehlkopfs bei einem 65jährigen Manne.

Pat. fiel und schlug mit seinem Hals gegen einen Schubkarren. Bei der Untersuchung fühlte man Crepitiren. Bei der drei Tage später vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung fand man den linken Aryknorpel und das Taschenband stark geschwollen und purpurroth; beide Stimmbänder waren in äusserster Abduction fixirt. Zwischen ihnen und den Taschenbändern war eine breite rothe Zone zu sehen. Nach ungefähr 6 Tagen bewegten sich die Stimmlippen wieder und die Schwellung war verschwunden.

Mackenzie, Kelson, Charles Heath sprechen zu diesem Fall.

2. Paralyse des linken Stimmbandes nach Operation von Adenoiden bei einem 20 Jahre alten Manne.

14 Tage post operationem trat Heiserkeit auf; man fand das linke Stimmband in Cadaverstellung. Allmälig ist ein gewisser Grad von Beweglichkeit wiedergekehrt.

Wingrawe neigt zu der Ansicht, dass ein Fall von Fixation im Arytänoidgelenk vorliege.

Abercrombie: 1. Leukoplakia linguae.

2. Lymphosarkom der Stirnhöhlen mit mikroskopischem Befund (Wyatt Wingrawe).

In der Mittellinie der Stirn über dem Ansatz der Nase war eine rundliche Anschwellung vorhanden, die sich elastisch anfühlte und bei Licht durchscheinend

war; die Haut darüber war nicht adhärent. Im Lauf eines Monats war die Anschwellung noch einmal so gross geworden. Bei der Operation fand man einen soliden grauen Tumor, der dem Knochen aufsass. Darunter war eine mit der Stirnhöhle communicirende Oeffnung; beide Stirnhöhlen waren mit gleichen Geschwulstmassen angefüllt; die Schleimhaut war polypoid degenerirt. Die Höhlen wurden ausgekratzt; es trat gute Heilung ein.

Wyatt Wingrawe beschreibt den histologischen Befund, der ergab, dass es sich um ein Lymphosarkom handelte. E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. October 1905.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: H. Zwillinger.

M. Steiner: Spondylitis cervicalis luetica mit Geschwulstbildung an der hinteren Rachenwand.

Grosser Theil der hinteren Pharynxwand vorgewölbt, knochenhart, mit intacter Schleimhaut. Rechtes Stimmband infiltrirt. Gumma exulceratum tibiae; sternförmige Hautnarben. Kranke wird antiluetisch behandelt. Rasche Heilung.

M. Steiner: Lymphangiom des Pharynx.

Der Kranke wurde schon am 27. April demonstrirt; seine Geschwulst wurde seitdem wiederholt resecirt. Der auffallende Umstand, dass trotz langer Dauer der Erkrankung das Allgemeinbefinden des Kranken sich nicht im Geringsten verschlechtert, sich keine Kachexie ausbildet, wies auf einen benignen Charakter der Geschwulst hin. Die wiederholte histologische Untersuchung ergab Lymphangiom.

A. Lipscher: Erfolgreich intubirter Fall von Larynxsklerom.

Beim Kranken bestand ein Rhinolaryngosklerom. Wegen Larynxstenose musste die Tracheotomie ausgeführt werden. Consequente Intubation (bis zu Tuben No. 19) führte zu einem so guten Erfolge, das die Canüle entfernt werden konnte und der Kranke ohne dieselbe das Spital verliess.

A. Lipscher: Fall von Rhinolaryngosklerom.

Der Kranke kam zuerst am 21. Januar 1905 ins Spital. Zu dieser Zeit bildete die Nase eine unförmige, enorme, harte Geschwulst; beide Naseneingänge uneben und ulcerirt, Fötor. Die histologische Untersuchung ergab Sklerom. Röntgenbehandlung von vorzüglichem Erfolge. Am 13. September 1905 meldete sich Patient wieder, jedoch mit Athembeschwerden, welche eine sofortige Tracheotomie nothwendig machten. Als Ursache der Stenose erwies sich, dass der Kehlkopf und die Trachea mit übelriechenden, harten, fest anhaftenden Borken vollständig ausgefüllt waren. Auf Kochsalzinhalationen wesentliche Erleichterung.

E. Tóvölgyi: Beiderseitiges Stirnhöhlenempyem auf luetischer Grundlage.

53 jährige Frau mit luetischen Septumdefecten und consecutiver Sattelnase.

In beiden mittleren Nasengängen grosse Mengen übelriechenden Eiters; auf systematische Spülungen beider Stirnhöhlen und Excochleationen Abnahme der Erscheinungen. Patientin giebt an, dass bei starkem Schnauben ihre Stirn oberhalb der Nasenwurzel anschwillt; bei Druck auf die Schwellung entleert sich aus der Nase Eiter. T. nimmt einen Defect in der vorderen Wand der Stirnhöhle an.

Sitzung vom 28. November 1905.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

Z. Donogány: Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen (Vortrag).

Die acuten Fälle sind stets zu behandeln, da die Heilungsaussichten immer schlechter sind, wenn der Fall chronisch wird. Das Hauptprincip ist, das Secret rasch abzuführen und die Absonderung flüssiger zu machen. Ersteres ist durch Application 10proc. Cocaintampons mit Tonogen zu erreichen, täglich ein- bis zweimal angewendet, letzteres durch stündliche Inhalationen von 10proc. alkoholischen Mentholiösungen. In 30 Fällen wurde das Verfahren mit Erfolg angewendet, von welchen Fällen zwei mit Augencomplicationen. Wo dringende Indication einen chirurgischen Eingriff fordert, hat die Tamponbehandlung keine Berechtigung.

Discussion:

E. Baumgarten fordert bei acuten Entzündungen der Highmorshöhle die Ausspülung derselben, bei Augencomplicationen die Resection der mittleren Muschel.

E. Pollatschek giebt zu, dass die Schmerzen bei der Tamponade nachlassen, fordert aber bei wirklicher Eiterung die Resection des vorderen Theiles der mittleren Muschel und Ausspülung der erkrankten Höhle.

v. Navratil.

III. Briefkasten.

78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart 16. bis 22. September 1906.

Stuttgart, den 15. März 1906.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu der in der Zeit vom 16. bis 22. September d. J. in Stuttgart stattfindenden 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt

werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich bis zum 15. Mai bei dem mitunterzeichneten

Hofrath Dr. Erhard Müller, Stuttgart, Reinsburgstrasse 6,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in combinirten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abtheilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen alljährlich stattfindenden Specialcongressen sämmtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medicin vertreten sind, entspricht, dass gerade solche mehrere Abtheilungen interessirende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
Dr. Ehr. Müller.
Dr. Bok.

Die Schriftführer:
Dr. Weiss.
Dr. Rau.

British Medical Association.

Seventy-fourth Annual Meeting, Toronto.

August 21st, 22nd, 23rd, and 24th, 1906.

Section of Laryngology and Otology.

President: Dundas Grant, M. A., M. D., F. R. C. S.

Vice-Presidents: George R. McDonagh, M. D., Toronto.
H. S. Birkett, M. D., Montreal.
John Macintyre, M. B., Glasgow.
Hugh Edward Jones, M. R. C. S., Liverpool.

Hon. Secretaries: David J. Gibb Wishart, M. D., Toronto.
Geoffrey Boyd, M. D., Toronto.
Adam Brown Kelly, M. D., Glasgow.

April, 1906.

Dear Sir,

The Meeting of the British Medical Association will be held this year in Toronto on 21st, 22nd, 23rd and 24th August.

The Section of Laryngology and Otology will meet on these dates under the Presidency of Dr. Dundas Grant.

The Office-bearers of the Section have at present under consideration the choice of special subjects for discussion, which will be introduced by authorities from both sides of the Atlantic.

The President-elect has written assuring us of the presence of numbers of representative members of the profession from Canada and the United States, and, in view of the activity displayed in the specialities of Laryngology and Otology in both these countries, the meetings of this Section promise to be exceptionally interesting and instructive.

It is hoped that you will find it convenient to attend the meetings and co-operate in the work of the Section either by taking part in the discussions, reading a paper, or showing specimens, drawings, or instruments. In the event of your accepting this invitation the favour of an early reply to the under-signed is requested.

Yours faithfully,
A. Brown Kelly,
26, Blythswood Square, Glasgow.

Personalnachrichten.

A. L. Cadier †.

Im Februar dieses Jahres verstarb im Alter von 62 Jahren in Nizza Dr. Cadier (Paris), Schatzmeister der französischen laryngologischen Gesellschaft, und einer der geschätztesten älteren französischen Laryngologen. Er war Verfasser eines Handbuchs der Kehlkopfkrankheiten und zahlreicher kleinerer Arbeiten.

W. R. H. Stewart †.

In Mr. W. R. H. Stewart (London), der im März den Folgen einer Operation erlag, verliert die britische Laryngologie einen allgemein geachteten und beliebten Senior. Er war noch im vorigen Jahre Schatzmeister der Londoner laryngologischen Gesellschaft, konnte aber damals schon krankheitshalber nicht an dem Garcia-Jubiläum theilnehmen. Literarisch war er mehr auf otologischem als laryngologischem Gebiete thätig gewesen.

Der Privatdocent in der medicinischen Facultät der Universität Königsberg, Prof. Dr. Gerber, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt und dem Privatdocenten in derselben Facultät, Dr. Kafemann, ist das Prädicat als Professor beigelegt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Juni. 1906. No. 6.

I. Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie

von C. Zarniko (Hamburg).

In der Berliner klinischen Wochenschrift 1906, No. 1ff. sind folgende Artikel erschienen:

1. Tiberius v. Györy (Budapest): Die historische Wahrheit in dem Prioritätsstreit Czermak-Türck. (Vortrag, gehalten in der 77. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte.) No. 1 d. Wochenschr.
2. P. Heymann (Berlin): Bemerkungen zur Prioritätsfrage Türck-Czermak. Ibid.
3. Josef Kohler (Berlin): Juristische Beleuchtung des Falles Türck-Czermak. Ibid.
4. O. Mankiewicz (Berlin): Zur Erfindung der Laryngoskopie. No. 8 d. Wochenschr.
5. Tiberius v. Györy (Budapest): Zur Prioritätsfrage Czermak-Türck. (Erwiderung auf Herrn Heymann's Bemerkungen.) Ibid.
6. P. Heymann (Berlin): Entgegnung auf die Erwiderung des Herrn Dr. Tiberius v. Györy-Budapest. Ibid.
7. Felix Semon (London): Die Urheberschaft der Laryngoskopie und der Fall Türck-Czermak. No. 10 d. Wochenschr.
8. Josef Kohler (Berlin): Bemerkung zu den Semon'schen Ausführungen in No. 10 dieser Wochenschrift. No. 12 d. Wochenschr.
9. B. Fränkel (Berlin): Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie? No. 13 d. Wochenschr.
10. Felix Semon (London): Erwiderung auf die Bemerkung Prof. Kohler's in No. 12 dieser Wochenschrift. No. 14 d. Wochenschr.
11. Josef Kohler (Berlin): Bemerkung zur Ausführung Fränkel's in der Berliner klin. Wochenschrift 1906. S. 404. No. 15 d. Wschr.
12. L. v. Schrötter (Wien): Der neu entfachte Prioritätsstreit Garcia-Türck-Czermak. No. 16 d. Wochenschr.

In den aufgezählten Artikeln handelt es sich, wie man ohne Weiteres aus ihren Ueberschriften entnehmen kann, um einen sehr lebhaften Meinungsaustausch

über die Frage nach der Urheberschaft der Laryngoskopie. Besonders bemerkenswerth ist, dass sich an ihm nicht allein mehrere unserer namhaftesten Fachgenossen betheiligt haben, sondern auch der „bekannte Budapester Historiker“ v. Györy und — auf Veranlassung von P. Heymann — der „berühmte Berliner Rechtslehrer“, der „Begründer und anerkannt bedeutendste Kenner des modernen Urheberrechts“, Geheimrath Prof. Dr. Josef Kohler.

Ich will versuchen darzuthun, welcher Gewinn sich für die Geschichte unserer Disciplin aus der Debatte ergeben hat.

Dazu mag zunächst die Frage aufgeworfen werden: Finden wir in den aufgeführten Artikeln neue historische Thatsachen von Bedeutung vor?

Zur Beantwortung dieser Frage und zum Verständniss der nachfolgenden Erörterungen ist es zweckmässig, die hauptsächlichsten historischen Daten aus der Geschichte der Laryngoskopie unter Beifügung des neu Hinzugekommenen kurz zu recapituliren.

Ich übergehe dabei die vorlaryngoskopische Periode, zu der Mankiewicz (4)*) über Baumès und B. Fränkel (9) über Warden interessante Mittheilungen machen, und beginne bei dem Auftreten Garcia's.

1854. Garcia gelingt es als dem ersten, ein Kehlkopfbild (und zwar sein eigenes) genau zu sehen. Er studirt es sorgfältig und publicirt als Frucht dieser Studien

1855 im März seine berühmte Abhandlung: „Physiological Observations on the Human Voice“.

Bald darauf fängt Türck in Wien an, sich mit dem Problem der Laryngoskopie zu beschäftigen, nach der allgemeinen Annahme ohne die Publication Garcia's zu kennen. Diese Annahme versucht Semon (9) zu widerlegen, doch wird sie von Schrötter (12) aufrecht erhalten.

1857, März. Türck dictirt Löri, seinem Assistenten, „Befunde von acuten und chronischen Katarrhen und Geschwüren des Kehlkopfes“. Er wiederholt diese Untersuchungen öfter und lässt sie auch im

Winter 1857/8 nicht ruhen. — Diese einer brieflichen Mittheilung Löri's an Heymann (2) entnommenen Angaben stehen im Widerspruch mit der auch von T. v. Györy (1) acceptirten Behauptung Czermak's, wonach Türck seine Versuche im Winter 1857/8 aus Mangel an Sonnenlicht aufgegeben habe.

Um diese Zeit beginnt Czermak, angeregt durch die Mittheilung Garcia's, zu physiologischen Zwecken der Laryngoskopie näher zu treten.

1858, Februar. Czermak erfährt am Biertisch von den Physiologen Ludwig und Brücke, denen Türck seinen Kehlkopfspiegel demonstrirt hatte, dass dieser im Besitz von Kehlkopfspiegeln sei.

März. Czermak begiebt sich zu Türck und bittet ihn, ihm seine Kehlkopfspiegel zu leihen. Türck thut dies bereitwillig und macht, worauf Heymann (2) hinweist, Czermak verschiedene Angaben über seine Erfolge und Technik.

---

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die Nummern des Literaturverzeichnisses.

16. März. Türck ertheilt Czermak auf dessen Bitte die Erlaubniss, seine Kehlkopfspiegel bei Kranken verwenden zu dürfen, fordert aber bald darauf die Spiegel zurück.

Czermak hat inzwischen mit scharfem Blick die Bedeutung der Methode für Physiologie und Pathologie erkannt. Er verbessert sie, indem er sich durch Anwendung reflectirten Lichtes einer künstlichen Lichtquelle vom Sonnenlicht unabhängig macht.

27. März. Czermak veröffentlicht ohne Vorwissen Türck's seine erste laryngologische Abhandlung („Ueber den Kehlkopfspiegel". Wiener med. Wochenschrift 1858. 13).

9. April. Czermak demonstrirt das Verfahren in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

14. April. Czermak giebt eine schriftliche Erklärung ab, worin er die Priorität der Erfindung Türck unumwunden zuerkennt.

Trotzdem beginnt sehr bald ein erbitterter Prioritätsstreit zwischen beiden.

1859/60. Czermak demonstrirt auf ausgedehnten Propagandareisen die neue Untersuchungsmethode zahlreichen Aerzten in Deutschland, Frankreich und England und erwirbt sich dadurch grosse Verdienste um die Anerkennung und Befestigung der Laryngoskopie.

Man sieht, die Ausbeute an neuem Material ist sehr unbeträchtlich. Selbst die Aeusserungen Löri's bestätigen lediglich Behauptungen, die bereits lange ausgesprochen waren. Trotzdem sind sie für die Frage nicht gleichgültig, ebensowenig wie die von Heymann hervorgehobene Thatsache, dass Türck Czermak von vornherein Angaben über seine Erfolge und Methode gemacht hat. Sehr bedauerlich bleibt es, dass die den Gegenstand betreffenden Krankengeschichten Türck's trotz eifrigsten Suchens bis jetzt nicht aufgefunden werden konnten (2, 12).

Ich will nunmehr zu schildern versuchen, welche Ansichten die einzelnen Autoren sich über die Prioritätsfrage gebildet haben.

Bis vor Kurzem war man einstimmig der Meinung, dass Manuel Garcia der Erfinder der Laryngoskopie sei. Als solcher wurde er im vorigen Jahre aus Anlass seines 100. Geburtstages von „Herrschern, Regierungen, Akademien, Universitäten, Musikern und Aerzten aller Länder gefeiert" (7).

Kohler (3) hat es unternommen, diese Herrscher, Regierungen etc. ad absurdum zu führen. „Erfinder ist", so definirt er, „wer eine technische Idee in durchführbarer Weise erfasst und sie so in die Aussenwelt gerückt hat, dass sie ein von ihm unabhängiges Dasein gewinnt; vorausgesetzt, dass er nicht in der Art socialwidrig verfährt, dass er seine Schöpfung der menschlichen Cultur verschliesst". Die Kehlkopfbespiegelung durch Garcia, sagt er weiter, sei nicht als vollendete Erfindung im Sinne der Medicin anzusehen. „Garcia war nicht Arzt und hatte weder pathologische Kenntnisse, noch Interesse, um bei seinen Spiegelversuchen medicinische Zwecke zu verfolgen".

Gegen diese verblüffenden Schlussfolgerungen erhebt Semon (7, 10) temperamentvollen Einspruch. Nur in Folge mangelhafter Informationen durch seinen

medicinischen Gewährsmann könne K. zu ihnen gelangt sein. Denn es sei im Gegentheil aus den Aeusserungen Garcia's und seiner Zeitgenossen leicht zu beweisen, dass die Leistungen Garcia's in jeder Hinsicht den Anforderungen K.'s genügen. Dass G. nicht Arzt gewesen sei und keine medicinischen Interessen verfolgt habe, käme nicht in Betracht; ebensowenig, wie beispielsweise der Umstand, dass Röntgen nicht Arzt ist, ihm den Ruhmestitel des Begründers der medicinischen Röntgologie rauben könne.

[Recht eigenthümlich berührt es, dass Kohler in seiner Entgegnung auf diesen Artikel (8) Semon durch den Einwurf zu entwaffnen sucht, er hätte zwei incommensurable Begriffe — Erfindung und Entdeckung — auf dieselbe Stufe gestellt; womit er etwas für den Kernpunkt des Streites absolutBelangloses zu etwas Wichtigem abzustempeln vergeblich sich bemüht (10)].

Man wird kaum fehlgehen, wenn man annimmt, dass die Anführungen Kohler's, soweit sie Garcia betreffen, bei den mit der historischen Entwickelung der Angelegenheit vertrauten Medicinern keinen Anklang finden werden, dass diese vielmehr nach wie vor Manuel Garcia als Erfinder der Laryngoskopie anerkennen werden. Sagt doch selbst Heymann, der medicinische Berather Kohler's: „Es ist hier nur von der klinischen Laryngoskopie die Rede; der Erfinder des Kehlkopfspiegels zu physiologischen Zwecken war Manuel Garcia“ (2, Fussnote auf S. 29).

Wir wollen diese Unterscheidung acceptiren und uns zum Ausgangspunkte der vorliegenden Discussion wenden, zu dem Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak.

Nach wie vor finden wir die Beurtheiler dieses Streites im Zwiespalt. Es treten für Türck ein: Heymann, Kohler und v. Schrötter; für Czermak v. Györy, Semon und B. Fränkel.

v. Györy (1) ist völlig im Banne Czermak's. Nicht allein, dass er in der Hauptsache die historischen Auslassungen Czermak's aus dessen Monographie: Der Kehlkopfspiegel (2. Aufl. 1863) reproducirt, er schliesst sich auch seinen Argumenten und Schlussfolgerungen rückhaltlos an (mit stellenweiser wörtlicher Herübernahme Czermak'scher Redewendungen). — Semon (7) stellt die Punkte, die seiner Ansicht nach für Czermak und gegen Türck sprechen, in knappster Fassung einander gegenüber. — B. Fränkel (9) legt besonderen Werth auf die Einführung der künstlichen Beleuchtung durch Czermak. Er misst ihr eine fundamentale Bedeutung zu, die in der discutirten Frage ausschlaggebend sei, gegen Kohler (2, 11), der dieser Erfindung Czermak's bei aller Anerkennung ihres grossen Werthes lediglich die Bedeutung einer Verbesserungserfindung zuerkennt.

Um seine Behauptung, dass nicht Czermak, sondern dass Türck der Urheber der klinischen Laryngoskopie sei, zu begründen, beruft sich Heymann (2) erstens auf das vorhin referirte Zeugniss Löri's, zweitens auf den Umstand, dass Türck Czermak bereits Angaben über die Technik der Laryngoskopie machte, als er ihm seine Spiegel übergab, drittens auf die Anerkennung der Priorität Türck's durch Czermak. Für diese merkwürdige Prioritätserklärung [deren Bedeutung Cz. nachträglich, wie bekannt, durch rabulistische Textauslegung und, worauf

B. Fränkel (9) hinweist, Textveränderung hat abschwächen oder aus der Welt schaffen wollen] findet Heymann einen plausiblen Grund in dem Schuldbewusstsein Czermak's, welches hervorging aus der „Incollegialität“ — ein etwas stärkerer Ausdruck wäre wohl besser am Platze! — mit der er, ohne Vorwissen Türck's, skrupellos an die Publication der mit den Türck'schen Spiegeln gemachten Beobachtungen heranging.

Wer heute den Streit Türck-Czermak an der Hand der Quellenschriften verfolgt, dem erscheint Manches an dem Verhalten Türck's räthselhaft. Hierzu geben die bedeutsamen Ausführungen v. Schrötter's (12) über die Persönlichkeit Türck's manche werthvolle Aufklärung. v. Schrötter ist einer der wenigen heute lebenden Fachgenossen, die Türck persönlich näher gekannt haben. Er schildert ihn als „eine ungemein zurückhaltende, ernste, im Stillen schaffende, nur ihren Studien und der Musik lebende Gelehrtennatur“. Es ist psychologisch erklärlich, dass ein solcher Mann eher geneigt gewesen sein wird, eine Sache zu lange für sich durchzuarbeiten, als sie zu früh und unfertig zu publiciren: dass er sich lieber durch ausweichende Redensarten lästige Frager vom Halse hielt, ehe er sie in seine Gedankenwerkstatt blicken liess; dass er in heftigen und manchmal kleinlichen Zorn gerieth über das seiner Natur durchaus zuwiderlaufende Gebahren einer „incollegialen“ Concurrenz.

In 2 Jahren soll in Wien ein Jubiläumsfest der Laryngoskopie gefeiert werden. Unzweifelhaft wird bei dieser Gelegenheit die Prioritätsfrage wiederum in zahlreichen Ansprachen und Aufsätzen erörtert werden. Nach dem Verlaufe der soeben referirten Discussion ist kaum zu erwarten, dass dabei Dinge von dauerndem Werthe zu Tage kommen werden, es sei denn, dass inzwischen neue historische Thatsachen von Bedeutung entdeckt worden wären.

[Der vorstehende Artikel ist auf besonderen Wunsch des Herausgebers von Herrn Dr. Zarniko geschrieben worden, um den Lesern des Centralblattes ein Bild der Controverse aus unparteiischer Feder vorzuführen. Da die Ausführungen des Verfassers sich nicht in allen Punkten mit denen des Herausgebers decken, so wünscht letzterer zur Vermeidung von Missverständnissen zu bemerken, dass er an seiner eigenen Auffassung durchaus festhält. Anm. des Herausg.]

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Beco** und **Buys: Die Frage der Verbreitung der Otolaryngologie. (La question de l'extension de l'otolaryngologie.)** *Journal Médical de Bruxelles. No. 51. 1905.*

Bericht vom 10. December 1905 an die Belgische oto-laryngologische Gesellschaft. Auseinandersetzung über eine speciell Belgien interessirende Frage.

PARMENTIER.

2) **Goris. Statistik der im Jahre 1904 im chirurgischen Institut von Brüssel ausgeführten Operationen. (Statistique des opérations pratiquées en 1904 à l'Institut chirurgical de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. No. 3. 1905.*

Es wurden 624 Operationen in Chloroformnarkose vorgenommen; nicht darin einbegriffen sind die Operationen ohne Allgemeinnarkose: zwei Nasenpolypen, Muschelhypertrophie, Kehlkopfpolypen etc. Unter den Operationen befinden sich 4 Lippen- und Speicheldrüsenoperationen, 2 Uranoplastiken, 4 Zungenexstirpationen, 497 Operationen von Mandeln und adenoiden Wucherungen, 7 Kieferresectionen, 8 Thyreoidectomien, 9 verschiedene Operationen am Halse (Bronchocele, Lymphome etc.); 52 Operationen in der Nase, darunter 3 Nasopharyngealfibrome, 10 verschiedene Sinusitiden, ein Subduralabscess (Chiasma des N. optic.); 6 Kehlkopfoperationen (Thyrotomie und Laryngectomie); 22 Warzenfortsatzausräumungen wegen acuter und veralteter Affectionen, verschiedene Neurotomien des Trigeminus.

PARMENTIER (BAYER).

3) **P. Bull** (Christiana). **Ulcus rodens faciei.** *Christiania medic. Selskab. 9. November 1904.*

Stellt einen Fall vor, der mittels Röntgenstrahlen geheilt war.

E. SCHMIEGELOW.

4) **S. A. Heyerdahl** (Christiania). **Ulcus rodens faciei.** *Christiania med. Selskab. 23. November 1904.*

Hat 10 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt. Alle sind mit schönem Resultate geheilt.

E. SCHMIEGELOW.

5) **Wirschubski. Zur Casuistik der Hemiatrophia facialis progressiva. (K kasuistike etc.)** *Prakt. Wratsch. No. 16, 17. 1905.*

W. theilt einen Fall mit, erörtert die verschiedenen Theorien dieser Krankheit und giebt an, dass Paraffineinspritzungen einen guten kosmetischen Erfolg gehabt hätten.

P. HELLAT.

6) **L. Minor. Halbseitige Hypertrophie des Gesichts. (Polowinnaja giperti lika.)** *R. Wratsch. p. 1504. 1902.*

M. stellt im Moskau'schen psychiatrischen Verein eine 30jährige Patientin vor, bei der nach Eröffnung eines tiefen Geschwürs am rechten Unterkieferwinkel diese Gesichtshälfte anfing sich zu vergrössern.

P. HELLAT.

7) **Jacques Fournié. Untersuchung des Kehlkopfs und Nasenracheus bei hyperästhetischen Personen. (Procédé d'examen du larynx et du rhinopharynx chez les hyperesthésiques.)** *Presse médical. 18. November 1905.*

Um den bucco-pharyngealen Reflex auszuschalten, muss man nicht den Pharynx und das Gaumensegel, sondern die Regio glosso-epiglottica anästhesiren. Dies ist nach F. der einzige Ausgangspunkt für den Würgreflex.

PAUL RAUGÉ.

8) **Georg Avellis** (Frankfurt a/M.). **Heutige Grenzen und künftige Ziele der Asthmatherapie.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 42. 1905.*

Avellis regt an, Sanatorien für Asthmatiker zu gründen, in denen die

Kranken während des Anfalles vom Arzte untersucht und studiert werden und in denen sie eine individualisirende „antiasthmatische Erziehung" erhalten können. Autor fasst sein „Programm" in die Leitsätze zusammen: „Es ist zu wünschen, dass sich mehr Aerzte wie bisher — in Betracht kommen vor allem die Specialisten der oberen Luftwege — zu Asthma-Therapeuten ausbilden, indem sie auf Grund erweiterter neurologischer und neuropathischer Kenntnisse mit Hülfe eines Sanatoriums, das die Mittel einer kleinen Nervenheilanstalt (Hydrotherapie, Masseur zur Widerstandsgymnastik und Athemtechnik, Luftbad) mit einer rhinologischen Klinik und Inhalatorium vereinigt, kleine Specialanstalten für nichtbacilläre Lungenkranke errichten. Gebirgige und schöne Gegend ist zu solchem Asthmatikerheim nicht immer nöthig. Zu wünschen bleibt nur eine grössere Auswahl in verschiedener Höhenlage, damit je nach dem Individualoptimum desjenigen Klimas, was dem einzelnen Asthmatiker am ehesten zusagt, ein leichter Austausch der Patienten stattfinden könnte." Bezüglich weiterer Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

9) **Sendziak. Aetiologie und Therapie der Mykose der oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych.)** *Kronika Lekarska. No. 13. 1905.*

Verf. bespricht eingehend folgende Arten der Mycose des oberen Abschnittes des Respirationstractus:

I. Mycosis leptotricia, welche er als ein parasitäres Leiden betrachtet, verursacht durch Eindringen des oben genannten Pilzes in die Tonsillarkrypten und nicht als Hyperkeratosis des lacunären Epithels, wie Siebenmann behauptet. Verf. beobachtete 42 Fälle des bezüglichen Leidens. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er Galvanokaustik mit nachfolgenden Aetzungen mittelst Ac. trichloraceticum.

II. Mycosis sarcinica.

III. Actinomycosis.

IV. Mycosen, abhängig von verschiedenen Arten von Pilzen, wie Aspergillus, Penizillium, Mucor, Oidium, Saccharomyces u. s. w.

Verf. bespricht eingehend die Pharyngomycose abhängig von sog. Mucor niger, welcher die sog. „schwarze Zunge" verursacht. Von der letztgenannten hat Verf. 2 Fälle genau beobachtet und bakteriologisch untersucht. Er betrachtet das Leiden im Einklang mit den Ansichten von Ciaglinski, Hewolke und Schmiegelow als thatsächliches parasitäres Leiden Weiter werden ebenfalls näher Pharyngomycosen besprochen, welche abhängig von Oidium albicans, Saccharomyces und Mycoderma vini sind und welche zwar dem jugendlichen Alter speciell eigen sind, aber auch ab und zu bei Erwachsenen beobachtet werden.

Für diese Arbeit wurde dem Verf. von der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft in Boston eine goldene Medaille zuerkannt.

v. SOKOLOWSKI.

10) **C. F. Bell. Die Entwickelung der Thymus. (The development of the thymus.)** *American Journal of Anatomy. Vol. V. p. 1. December 1905.*

Der Aufsatz stellt einen Beitrag zu unserer Kenntniss von der Histogenese der Thymusdrüse bei den Säugethieren dar. Besonders berücksichtigt ist die Ent-

stehung und Entwickelung der Hassal'schen Körperchen. Es ist auch versucht, im Detail die Veränderungen zu schildern, die während der Umbildung der Thymus vom epithelialen zum lymphoiden Zustand vor sich gehen. Zahlreiche Abbildungen sind beigegeben.

EMIL MAYER.

11) **Nauwelaers. Das Drüsenfieber. (La fièvre ganglionnaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1905.*

Aetiologie und primäre Läsion gelten als unbekannt. In vielen Fällen sei der Nasopharynx der Entstehungsort des Drüsenfiebers. Für N. wäre dasselbe eine acute Adenoiditis, zu schliessen aus: 1. in 3 deutlich ausgesprochenen Fällen entstand eine adenoide Hypertrophie bei bis dahin freigebliebenen Kindern; 2. die Lymphdrüsen der seitlichen Halsgegend werden zuerst infiltrirt; ihr Lymphbahnterritorium ist der Nasopharynx, aber die acute Entzündung erklärt besser den brüsken und unbestimmten Beginn des Drüsenfiebers; 3. die Symptome der acuten Adenoiditis sind analog mit denen des Drüsenfiebers; 4. die Rachenmandel atrophirt mit dem Alter, folglich werden die Kinder allein vom Drüsenfieber und von der acuten Adenoiditis befallen. Die Natur der pathogenen Mikroben variirt. N. hat Staphylokokken gefunden. Es sind zwei Formen zu constatiren: eine primäre und eine secundäre (letztere ist wenig charakteristisch); abgesehen vom grippalen Ursprung ist derselbe nicht contagiös. Kurz gefasst: das Drüsenfieber kann nicht als eine besondere Krankheit aufgefasst werden, es ist nur eine banale Localinfection der Rachenmandel, complicirt mit Lymphdrüseninfection.

PARMENTIER (BAYER).

12) **Delcourt. Das Drüsenfieber und die Drüsengrippe. (La fièvre ganglionnaire et la grippe à forme ganglionnaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 11. 1905.*

In der Sitzung vom 11. März 1905 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler macht D. eine Mittheilung, in welcher er die Identität des Drüsenfiebers mit gewissen Formen der Grippe feststellen will. Aus der Discussion geht hervor, dass die Eingangspforte der Lymphdrüseninfection sich im Pharynx, in den Gaumenmandeln oder in der Rachenmandel befinden muss.

PARMENTIER (BAYER).

13) **M. Parmentier. Die Brettphlegmone. (Le phlegmon ligneux.)** *Le Progrès Médical. No. 17. 1905.*

Der Autor erinnert an die Beschreibung von Reclus: Induration „en plaque“, unempfindlich gegen Druck, von der Farbe der Weinhefe, darauf sich kleine Abscesse ansammeln. Die Evolution geht langsam und ohne Fieber vor sich. Manchmal kann spontane Resorption stattfinden. Sitz meist am Halse. Der Autor sieht in der Brettphlegmone eine chronische Phlegmone, und wenn sie ihren Sitz am Halse hat, eine chronische Form von Angina Ludovici. Er theilt eine persönliche Beobachtung mit.

AUTOREFERAT.

14) **Riche** (Montpellier). **Schleimcyste des Halses. (Kyste mucoide du cou.)** *Société anatomique. 13. October 1905.*

Verf. beschreibt eine Thyreohyoid-Cyste, die nahe der Mittellinie gelegen ist.

PAUL BAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **K. M. Menzel** (Wien). **Nebenhöhlenanomalien.** *Mit 5 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Bericht über zwei Präparate mit Stirnhöhlenanomalien und ein drittes mit einer Anomalie der Kieferhöhle. Bei letzterer zeigte das sehr geräumige Antrum neben seinem Ostium maxillare noch 3 Ostia accessoria, von denen eines in den oberen Nasengang mündete. Die instructiven Präparate sind in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

16) **Gerber** (Königsberg). **Ueber Wandveränderungen bei Eiterungen in starrwandigen Knochenhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 14. 1905.*

Verf. bespricht unter Demonstration von Patienten und Photographien im Verein für wissenschaftliche Heilkunde die Veränderungen, die bei Eiterungen der Warzenfortsatzräume und der Nasennebenhöhlen (besonders der Stirnhöhle) zu bedenklichen Complicationen führen können. Er findet im Gegensatz zu Killian (in Heymann's Handbuch), dass die cerebrale Wand der Stirnhöhle häufiger afficirt wird, als die faciale.

ZARNIKO.

17) **T. A. Stuckey. Die mittlere Muschel bei Erkrankungen der Nebenhöhlen. (The middle turbinate in diseases of the accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Anomalien der mittleren Muschel werden häufig übersehen; sie geben bisweilen den Grund ab für eine Verlegung der Nebenhöhlenöffnungen, verhindern die freie Drainage der Höhlen und führen zu Katarrh oder eitriger Erkrankung dieser. Frühzeitige Beseitigung solcher Verhältnisse schützt vor der Nothwendigkeit, später ausgedehntere und radicalere Maassnahmen zu ergreifen. Verf. verwirft die Anwendung der Galvanokaustik an der mittleren Muschel; er zieht den Gebrauch von Scheere und Schlinge vor.

LEFFERTS.

18) **Onodi. Complicationen der Empyeme der Nebenhöhlen der Nase und die Indicationen ihrer Therapie.** *Orr-gége-fülgyógyaszat. No. 3—4. (Beilage zu „Orvosi Hetilap".)*

Summiert die verschiedenen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase, welche bisher in der Literatur erwähnt sind.

v. NAVRATIL.

19) **Wme. Campbell Posey. Einige Augencomplicationen bei Krankheiten der Nebenhöhlen. (Some ophthalmological phases of disease of the accessory sinuses.)** *Journal of eye, ear and throat diseases. März-April 1905.*

Folgende Complicationen werden erwähnt: Beginnende Neuritis optica, retrobulbäre Neuritis, Oedem der Augenlider, Parese der extraoculären Muskeln, Pseudo-Hemicrania ophthalmoplegicia und Pseudolacrymalabscesse.

EMIL MAYER.

20) **H. Holbrook Curtis. Moderne Methoden der Nebenhöhlenbehandlung. (Modern methods of accessory sinus treatment.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. bespricht die Jansen'sche Operation des Siebbeinempyems durch die

Highmorshöhle hindurch und sagt: „Mir scheint es fraglich, ob die Trockenheit der Nase, die als fast constantes Resultat dieser radicalen Operation zurückbleibt, nicht eine ebenso unangenehme Consequenz darstellt, wie das Siebbeinempyem selbst, gegen das sich die Operation richtet. Wenn ich vor die Wahl gestellt würde, so würde ich es vorziehen, die Operation des Antrums und des Siebbeins getrennt vornehmen zu lassen und würde den Chirurgen bitten, mir freundlichst einige Siebbeinzellen und eine oder beide Muscheln als Andenken an die nasale Function zu lassen.“

Was die Chirurgie des Antrums betrifft, so sind, wenn man die abweichenden, von den verschiedenen Operateuren erzielten Resultate betrachtet, die Ergebnisse ebenso unbefriedigend, wie bei der Stirnhöhle. Die Frage, welche Operationsmethode den Vorzug verdient, scheint noch offen zu stehen. Verf. hat vor einigen Jahren die Caldwell-Luc'sche Methode als die beste empfehlen. Seitdem hat er mehrere Male die Operation von der Nase aus mit Entfernung der nasalen Wand bis auf ihre vorderste Portion ausgeführt. Während er in zwei Fällen dieser Operation die Abtragung der unteren Muschel vorausgehen liess, drehte er diese in einem anderen Falle mittelst einer Adams'schen Zange nach oben, um sie dann wieder zu replaciren. Wenn keine Complication seitens des Knochens vorliegt, räth Verf., stets zunächst mit der Operation vom unteren Nasengang aus einen Versuch zu machen. Gelingt es nicht, durch Ausspülungen mit Zink- oder Silbersalzlösungen oder durch Tamponade der Höhle Heilung herbeizuführen, so kann man später immer noch von der Fossa canina aus operiren. Da eine Oeffnung für die Drainage nach der Nase zu bereits vorhanden ist, kann die Incision in der Mundhöhle sofort wieder geschlossen werden. Auf diese Weise hat Verf. die Patienten von Jahre lang im Munde getragenen Obturatoren befreit. Die Ausspülungen von der Nase aus sind sehr einfach und belästigen den Patienten nicht.

EMIL MAYER.

21) **Brown Kelly. Inspection der Higmorshöhle. (Inspection of the antrum of Highmore.)** *Lancet. 17. September 1904.*

Die mittels eines Troicarts von der Fossa canina aus eröffnete Höhle wird mit Gaze austamponirt und am folgenden Tage mittels modificirten Zaufal'schen Speculums inspicirt. 40 Fälle wurden auf diese Weise untersucht. In einem Falle wurde ein grosser Polyp, in einem anderen eine Cyste gefunden. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

22) **Emil Mayer. Erkrankungen der Oberkieferhöhle; ihre Diagnose und Behandlung. (Diseases of the maxillary antrum; their diagnosis and treatment.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. empfiehlt zur Ausspülung der Kieferhöhle einen neuen von Jankauer (New York City) angegebenen Apparat, durch den mittels der in ihm enthaltenen comprimirten Luft ein ununterbrochener Flüssigkeitsstrom in die Höhle gebracht wird. Besondere Röhren sind zur Einführung in die natürlichen Oeffnungen der Höhlen angefertigt. Verf. kommt in Bezug auf Diagnose und Behandlung zu folgenden Schlusssätzen:

Die Diagnose kann gestellt werden, wenn alle klassischen Symptome vorhanden sind. Das Fehlen von Eiter in der Nase schliesst nicht eine Erkrankung des Antrum aus. Schmerzen, die lange Zeit anhalten und direct über dem Antrum localisirt werden, sprechen mit für die Diagnose. Die Durchleuchtung kann die Vermuthung einer Antrumerkrankung bekräftigen. Die Ausspülung durch die natürliche Oeffnung ist schwer auszuführen; sie empfiehlt sich nur bei acuten Erkrankungen. Ausspülungen mittels eines besonders construirten Apparates, bei dem der Druck der Flüssigkeit leicht controlirt werden kann, ist für die Behandlung sehr werthvoll.

EMIL MAYER.

23) Claus (Berlin). **Zur radicalen Operation der chronisch erkrankten Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 102. 1904.*

C. beschränkt sich fast immer darauf, die Vorderwand und die Schleimhaut der Höhle, soweit letztere erkrankt ist, fortzunehmen. Die Resection führt er mit einer eigenen Modification der von Hajek angegebenen Knochenzange aus, durch deren gefensterte untere Branche das abgekniffene Knochenstück gleich nach ausserhalb des Wundgebietes gepresst wird. Zur Tamponade der Höhle mit Xeroformgaze bedient er sich einer besonderen Vorrichtung, die es verhütet, dass das Material mit Bart, Lippen oder Zähnen in Berührung kommt. Bei Nachlass der Secretion wird die Höhle mit einem Protargoltampon (1proc. Protargol; ein Wattekern in Form eines Zuckerhutes, der von der Spitze her mit über ihn gestülpter Gaze fest bewickelt wird) ausgefüllt, der nach 24 Stunden gewechselt wird. Die Patienten lernen bald, diese Tampons selbst zu bereiten und einzuführen. — Bei der beschriebenen Behandlung sah Verf. Schrumpfungen des Antrum bis zu fast völliger Verödung.

F. KLEMPERER.

24) Otto J. Freer. **Die Highmorshöhle; die Entfernung des grösseren Theils der inneren Wand von der Nase her wegen Empyems. (The antrum of Highmore; the removal of the greater part of its inner wall through the nostril for empyema.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Unter Cocain-Adrenalin wird die untere Muschel mit der Grünwald'schen Scheere abgetragen. Eine durch den Elektromotor getriebene Trephine wird dann soweit als möglich vorn auf die laterale Nasenwand im unteren Nasengang aufgesetzt; es werden zwei bis drei Löcher durch den Knochen gebohrt und dann mit geeigneten Zangen eine Oeffnung in die Wand gebrochen, die nach hinten bis zum Niveau der senkrechten Platte des Siebbeins, nach unten bis zum Nasenboden reicht. Nach oben geht die Oeffnung bis zum Niveau des Siebbeinknochens. Von Zeit zu Zeit wird der kleine Finger in die Nase eingeführt, um zu constatiren, ob noch mehr Knochen entfernt werden muss. Eventuell in der Höhle vorhandene Polypen und Granulationen werden mit der Rhodes'schen Tonsillenzange von der Nase her entfernt. Die Höhle wird zuletzt mit einem Streifen Gaze austamponirt, der mit gepulvertem Silbernitrat imprägnirt ist.

EMIL MAYER.

25) Otto J. Freer. **Operation und Behandlung des Antrumempyems. (The operation and treatment of empyema of the antrum of Highmore.)** *Illinois Medical Journal. Juni 1905.*

Die intranasalen Methoden, in leichteren Fällen die Eröffnung vom mittleren

Nasengang, in den anderen die Entfernung der nasalen Antrumwand, sind der Caldwell-Luc'schen Operation und deren radicalen Modificationen vorzuziehen, die nur für eine kleine Anzahl von schweren und hartnäckigen Fällen reservirt bleiben.

EMIL MAYER.

26) **H. Halász. Fall von Empyem der Highmorshöhle, geheilt durch die Denker'sche Radicaloperation.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 48.*

Bespricht einen Fall, in welchem sich wiederholte Punctionen und Ausspülungen der Highmorshöhle nutzlos erwiesen und der mit dem Denker'schen Operationsverfahren mit vollem Erfolge operirt wurde.

V. NAVRATIL.

27) **Ottokar Chiari** (Wien). **Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Klinische Vorlesung über das bezeichnete Gebiet. Bemerkenswerth ist ein Fall von Angiom der Kieferhöhle aus der Praxis des Verf.'s.

ZARNIKO.

28) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Bemerkungen zu Prof. Dr. Chiari's Aufsatz: „Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle" in No. 39 dieser Wochenschrift.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1905.*

G. behauptet gegenüber Chiari: 1. Der Hydrops antri Highmori ist eine bisher nicht nachgewiesene Erkrankung. Alle als Hydrops antri Highmori beschriebenen Fälle sind jedenfalls Kiefercysten gewesen. 2. Die Entzündungen der Kieferhöhle machen keine Ectasien. Fälle, die als Kieferhöhlenempyeme beschrieben sind, sind vereiterte Kiefercysten gewesen. 3. Fast alle Kiefercysten lassen sich rhinoskopisch diagnosticiren, manche nur durch die Rhinoskopie (Vorwölbung des unteren Nasenbodens unter dem vorderen Ansatz der unteren Muschel; cfr. Gerber, Arch. f. Laryngol. 16).

ZARNIKO.

29) **O. Chiari** (Wien). **Entgegnung zu vorstehenden Bemerkungen.** *Ibidem.*

Alle drei von Gerber aufgestellten Sätze lassen Ausnahmen zu.

ZARNIKO.

30) **John C. Munro. Psammom der Oberkieferhöhle. Bericht über einen Fall. (Psammoma of the maxillary sinus. Report of a case.)** *Denver Medical Society. Juni 1905.*

Der Fall ist identisch mit dem an anderer Stelle berichteten. Cfr. Centralbl. dieser Jahrgang. S. 45.

EMIL MAYER.

31) **Polyak. Intrabuccale Exstirpation eines Sarkoms der Highmorshöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 30.*

Die Geschwulst war von der Haut, vom Vestibulum oris und von der rechten Nasenhälfte aus palpabel. P. machte den ersten Einschnitt im Munde, wobei es sich erwies, dass die Höhle noch ein Lumen besass und die Schleimhaut der orbitalen, nasalen und temporalen Wand noch intact war. Die Vorderwand wurde mit Knochenzange entfernt. Sarcoma gigantocellulare.

V. NAVRATIL.

32) **Binder** (Graz). **Ueber die Extraction eines Fremdkörpers aus der Oberkieferhöhle unter Leitung des Salpingoskopes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 173.*

Benutzt wurde das Hirschmann'sche Endoskop. Der Fremdkörper war ein fest zusammengedrehtes Stück Xeroformgaze, das bei der Nachbehandlung eines von der Alveole aus operirten Oberkieferempyems als Tampon in den Bohrcanal eingelegt war.

F. KLEMPERER.

33) **E. L. Ellett. Ein Fall von ungewöhnlicher Entwickelung der Stirnhöhlen. (A case showing unusual development of the frontal sinuses.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Fall von ungewöhnlicher Grösse der Stirnhöhlen, wie sie sich bei der Durchleuchtung repräsentirten.

EMIL MAYER.

34) **Paunez. Zur differentiellen Diagnose der Neuralgia supraorbitalis und der Empyeme des Sinus frontalis.** *Szemeszet. No. 3—4.*

Die Schmerzen treten bei der Neuralgia supraorbitalis zu verschiedensten Tageszeiten plötzlich auf; sie sind am heftigsten in der Incisura supraorbitalis. — Beim Empyema des Sinus frontalis ist Schnupfen eine constante Begleiterscheinung; die Schmerzen sind Morgens am heftigsten und nehmen bis Mittag successive ab; dieselben localisiren sich auf die Grenzen der Stirnhöhle. In der Nase die bekannten Befunde.

V. NAVRATIL.

35) **S. G. Dabney. Entzündung des Orbitalzellgewebes, Stirnhöhlenerkrankung, Hirnabscess, Tod. (Orbital cellulitis, frontal sinus disease, abscess of brain, death.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Januar 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

36) **Broeckaert. Die Radicalcur der Gesichtspansinusitiden. (La cure radicale des pansinusites de la face.)** *Journal de la Soc. de Méa. de Gand. Vol. LXXXV. p. 187.*

Ueber das Verfahren B.'s bezüglich der Radicalcur der Gesichtspansinusitiden wurde gelegentlich des Jahresberichts der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom Juni 1905 genauer berichtet. B. theilt einen Fall von einem 30jährigen Fräulein mit, welches an einer rechtsseitigen chronischen Oberkieferhöhleneiterung verbunden mit einer rechtsseitigen Frontoethmoidalsinusitis litt. Massenhafte Polypen hatten das Nasenskelett deformirt. B. operirte Patientin nach dem obigen Verfahren mit Ausräumung sämmtlicher Nasennebenhöhlen und erzielte eine vollkommene Heilung.

BAYER.

37) **P. H. Abercrombie. Lymphosarkom der Stirnhöhlen. (Lymphosarcoma of the frontal sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 25. März 1905.*

Bericht über den Fall einer 75jährigen Frau, die eine rundliche Anschwellung in der Mittellinie über dem Nasenansatz zeigte. Sie hatte vor vielen Jahren an dieser Stelle einen Schlag erhalten. Die Schwellung war dem Knochen adhärent, die Haut darüber war unbeweglich. Durchleuchtung zeigte, dass die Masse

durchscheinend war; bei der Palpation hatte man das Gefühl, als ob darin Flüssigkeit unter Druck stände. Beide Stirnhöhlen schienen frei zu sein. Der Tumor nahm innerhalb eines Monats um das Doppelte an Grösse zu. Bei der Exstirpation zeigte sich, dass er weich war, an dem Knochen festhaftete; durch eine Perforation im Knochen war eine Communication mit beiden Stirnhöhlen dargestellt, die von einer ähnlichen Geschwulstmasse ausgefüllt waren. Eiter wurde nicht gefunden. Unter dem Mikroskop erwies sich der Tumor als ein Lymphosarkom.

LEFFERTS.

38) **A. Lipscher** und **M. Steiner. Orbitale Complicationen des Empyems der vorderen Siebbeinzellen.** *Orr-gége-fülygyógyászat. No. 3—4. (Beilage zu „Orvosi Hetilap“.*

Beschreibung dreier Fälle, in welchen sich an Empyeme der vorderen Siebbeinzellen Orbitalabscesse anschlossen, mit hochgradigen Schwellungen der Augenlider, Protrusio und Verschieben der Bulbi, Lähmungen der Augenmuskeln, schweren Störungen des Sehvermögens. Vor der rhinologischen Untersuchung wurden Incisionen der Augenlider ausgeführt, ohne dauerhaften Erfolg und mit Zurückbleiben von Fisteln. Resection der mittleren Muschel und Ausräumung der Siebbeinzellen führten eine vollständige Heilung herbei.

v. NAVRATIL.

39) **Broeckaert. Ethmoidectomie.** *La Belgique Méd. No. 26. 1905.*

In der Sitzung der Genter Med. Gesellschaft vom 4. Juli 1905 machte B. eine Mittheilung über die Ethmoidectomie in Fällen von Pansinusitiden nach einem Verfahren, welches unter anderen den Vortheil biete, dass die Verletzung der Rolle des grossen Obliquus dabei vermieden wird, worauf De Stella bemerkt, dass die Furcht B.'s vor der Verletzung dieser Rolle übertrieben sei, da er Fälle kenne, in welchen trotz dieser Läsion der daraus resultirende Strabismus zur Heilung kam.

BAYER.

40) **Aubaret** und **Lafon. Tumor des Siebbeins, der alle Gesichtshöhlen ergriffen hat. (Tumeur de l'ethmoide, ayant envahi toutes les cavités de la face.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 21. 1904.*

Es handelte sich um ein Sarkom.

A. CARTAZ.

41) **Heinrich Halász** (Mikolcz). **Ein Fall von Encephalitis infolge Eiterung im Antrum sphenoidale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder.

HECHT.

42) **Walb** (Bonn). **Ueber Erkrankungen der Keilbeinhöhle.** *Deutsche med Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1905.*

Verf. hält vor der Eröffnung der Keilbeinhöhle stets die Totalresection der mittleren Muschel für erforderlich. Die Ozaena ist nicht auf eine Erkrankung der Keilbeinhöhlen oder der Siebbeinzellen zurückzuführen, jedoch sind Nebenhöhlen häufig nebenbei erkrankt und alsdann zu behandeln. — Erwähnung eines Falles, in dem Exitus nach Durchbruch einer Keilbeineiterung in die Schädelhöhle erfolgte.

ZARNIKO.

43) **Torres** (Barcelona). **Neubildungen des Sphenoidalsinus. (Neoplasia del veno esfenoidal.)** *Revista de Medic. y Cirug. Mai 1904.*

Genanntes Neoplasma, ein Sarkom, fand sich bei der Autopsie eines 10jährigen Knaben im Innern des Schädels und umfasste die Schläfengrube und den Türkensattel, den Sehnerven und die motorischen Nerven. Im Leben zeigten sich bei dem Patienten Nasenblutungen ohne erkennbare Ursache und fortschreitende Verstopfung der Nasenhöhlen, später Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen.

R. BOTEY.

44) **Menschikow. Zur Aetiologie idiopathischer Retropharyngeal-Abscesse. (K etiologi idiopatischeskich sadne glototschnich nariwow.)** *Russk. Wratsch. No. 16. 1905.*

M. untersuchte bakteriologisch den Eiter in 4 Fällen von Retropharyngealabscess und fand jedesmal einen Streptococcus, der dem Schotmüller'schen Streptococcus mitior seu viridans ähnelt.

P. HELLAT.

45) **E. L. Meierhof. Eine sichere und angemessene Methode zur Eröffnung von Retropharyngealabscessen bei Kindern. (A safe and adequate method for opening retropharyngeal abscesses in children.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Verf. empfiehlt zur Eröffnung der Retropharyngealabscesse eine lange, unbehindertes Manipuliren gestattende Scheere, die über der Fläche gebogen und mässig zugespitzt ist.

EMIL MAYER.

46) **Broeckaert. Abtragung eines fibrösen Nasenrachenpolypen auf transmaxillo-nasalem Wege. (Ablation d'un polype fibreux du naso-pharynx par la voie transmaxillo-nasale.)** *La Belgique méd. No. 43. 1905.*

B. hat auf transmaxillonasalem Wege, d. h. durch Resection der vorderen und totale Resection der Nasenwand des Sinus maxill., ein Vorgang, welchen er zuerst beschrieben und in Anwendung gebracht hat, mit vollständigem Erfolge einen enormen fibrösen Polypen entfernt, welcher das Cavum ausfüllte und seine Prolongation in die eine Nasen- und Highmorshöhle aussandte. Der Tumor war mit breiter Basis auf der Basilarapophyse inserirt und war Adhärenzen eingegangen mit dem inneren Flügel der Pterygoidapophyse. Resultat sehr gut. Am 8. Tage nach der Operation konnte der 15jährige Knabe die Klinik verlassen mit einer einfachen linearen Narbe seitlich an der Nase in der Nasenwangenfalte. Die keineswegs gefährliche Operation bildet einen bedeutenden Fortschritt in der Behandlung maligner Geschwülste des Cavum. Sie ersetze sehr vortheilhaft die Resection des Oberkiefers, welche die Präventiv-Tracheotomie und -Ligatur der Carotis externa erheische und eine erschreckende Operationsmortalität aufweise.

BAYER.

47) **Waldmann. Choanalpolyp von seltener Grösse.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 12.*

Der Schleimpolyp füllte das Cavum pharyngo-nasale vollständig aus und wuchs in beide Nasenräume. Entfernung mit kalter Schlinge durch den Mund.

v. NAVRATIL.

48) **Wme. W. Carter. Ein ungewöhnlich grosser fibröser Nasenrachenpolyp. (An unusually large fibrous post-nasal polyp.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

In diesem Fall sind folgende Punkte von besonderem Interesse: Die frühzeitige Entwickelung der Geschwulst, die durch die langdauernde Nasenobstruction bewirkten Folgen, der günstige Effect, den die Entfernung der Geschwulst hatte und dass trotz des langen Bestehens der Nasenverstopfung das Gehör nicht gelitten hatte.

EMIL MAYER.

49) **Tommasi. Nasenrachenfibrome. (Fibromi del rino-faringe.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Bericht über 3 Fälle. Die ersten beiden betrafen Personen im Alter von 59 und 39 Jahren. Im dritten Falle hatte der Tumor zu sehr heftigen Nasenblutungen Anlass gegeben; seine mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein cavernöses Fibrom mit blutiger Infiltration und endovasaler Bildung von Amyloidkugeln handelte. Verf. macht die Abtragung von der Nase aus mit der galvanokaustischen Schlinge.

FINDER.

50) **Stenger** (Königsberg i. Pr.). **Zur Kenntniss der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Zwei Fälle, der eine vermuthlich ein Sarkom, der andere durch Operation (Prof. Garrè) geheilte ein Plattenepithelcarcinom des Nasenrachens. Wichtig ist die Beachtung der Frühsymptome, die sich als Verengerung des Nasenluftweges, als neuralgische Beschwerden (Otalgien, Schmerzen, die in Nacken-, Scheitel- oder Schläfengegend ausstrahlen können) und endlich als Beeinträchtigung des Ohres (durch Tubenverengung) darstellen können.

ZARNIKO.

51) **F. Nynlasz. Eine Kopfstütze für postnasale Operationen. (A head rest for post nasal operations.)** *Lancet. 6. August 1904.*

Der Apparat kann am Ende des Operationstisches befestigt werden. Ist auch für Operationen im Mund, an den Wangen etc. gut verwerthbar. (Illustrirt. Angefertigt bei Meyer und Meltzer.)

ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

52) **H. Halkin. Beitrag zum Studium der Mandelverknöcherung. (Contribution à l'étude de l'ossification dans les amygdales.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. La Presse otolaryng. Belge. No. 29. 1905.*

Bezüglich der Ossification in den Mandeln bestehen zwei Meinungen: Die eine schreibt den Knorpel- und Knochenkernen der Mandeln einen entzündlichen metaplastischen Ursprung zu; die andere, welche die meisten Anhänger hat, führt die Entwickelung dieser Producte auf Reste des 2. Branchialbogens zurück, sich hauptsächlich auf die Untersuchungen Rückert's stützend: Die Mandeln vom Fötus und von Neugeborenen ergaben ihm bei 48 Beobachtungen 18mal Knorpelinseln. — Da der Ossificationsmodus bis jetzt noch nicht rigorös studirt worden, hat sich der Autor vorgenommen, diese Lücke auszufüllen. Er hat zweimal eine

derartige Anomalie angetroffen, und der zweite Fall eignete sich insbesondere zur Untersuchung. Aus seinen Nachforschungen geht hervor, dass die Ossification der Knorpelkerne in den Mandeln sich auf eine indirecte Weise vollzieht, ungefähr so, wie im physiologischen Zustand, obwohl mit etwas weniger Regelmässigkeit. Dieselbe ist gefolgt von periostaler Ossification. Die Knorpelenclaven sind in der That Reste des 2. Branchialbogens, und zur Begründung dieser Behauptung beruft sich der Autor auf die Anwesenheit einer kleinen serösen Cyste im Bindegewebe an der rechten Mandel zwischen grossen Knochenbalken und adenoidem Gewebe, abstammend von der zweiten unvollständig obliterirten Branchialspalte. Das tiefgelegenen Bindegewebe bot ausserdem keine Spur von Entzündung dar.

Die Mandel von Fötus und Neugeborenen birgt demnach ziemlich häufig Knorpelinseln in sich, Reste embryonärer Transformationen; andererseits ist sie durch ihre Structur und Natur zahlreichen Reizursachen ausgesetzt; sie befindet sich unter Bedingungen, welche nach Cohnheim besonders günstig für die Entwickelung von Tumoren sind; und doch, wenn man von Carcinomen und Sarkomen absieht, zeigen sich solche nur sehr ausnahmsweise in den Mandeln. Die an den Mandeln gemachten Beobachtungen sprechen somit nicht zu Gunsten der von Cohnheim ausgesprochenen Idee in Bezug auf die allgemeine Entstehungsursache der Tumoren.

BAYER.

53) **Giron** (Paris). **Mandelstein. (Calcul de l'amygdale.)** *Société anatomique. 1. December 1905.*

Verf. demonstrirt einen in einer Lacune der Tonsille sitzenden Stein, der sich im Laufe von ca. 6 Monaten entwickelt hatte.

PAUL RAUGÉ.

54) **Domenico Ricciardelli. Ist die Hypertrophie der Gaumentonsillen der Ausdruck eines allgemeinen Lymphatismus oder das Resultat einer auf den Waldeyer'schen Schlundring beschriebenen Alteration? Besteht functionell ein enger Zusammenhang zwischen den geschlossenen Follikeln, die diesen Ring bilden? (L'ipertrofia delle tonsille palatine è l'esponente di un linfatismo generale oppure è l'effetto di una alterazione circoscritta all'anello di Waldeyer? Esiste funzionalmente un intimo rapporto tra i follicoli chiusi che formano questo anello?)** *Bollet. delle Malattie dell'orecchio della gola e del naso. September 1905.*

Auf Grund von 8 klinischen Beobachtungen und einigen Experimenten, die darin bestanden, dass auf die Gaumentonsille von Hunden Culturen eingeimpft, die Thiere dann nach einigen Tagen getödtet und die einzelnen Theile des lymphatischen Schlundrings untersucht wurden, kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass die Hypertrophie der Gaumentonsillen fast stets den Ausdruck einer lymphatischen Constitution darstellt. Die übrigen Theile des Waldeyer'schen Schlundrings nehmen an dieser Allgemeinalteration nicht mehr und nicht weniger theil, als die am meisten benachbarten Lymphdrüsen. Die an den Gaumentonsillen inoculirten Mikroorganismen wandern mit grösserer Leichtigkeit in die benachbarten submaxillaren Lymphdrüsen als in die Follikel des Waldeyer'schen Ringes. In seltenen Fällen kann auf die Abtragung der Gaumentonsillen eine Hypertrophie

der Rachen- oder Zungentonsille folgen. Die Abtragung beider normalen Gaumentonsillen scheint beim Hunde von Nachtheil zu sein, da die Hälfte der Thiere in mehr oder weniger kurzer Zeit darauf zu Grunde ging. FINDER.

55) **J. T. Herron. Behandlung der Tonsillarhypertrophien. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. tritt dafür ein, hypertrophische Tonsillen in allen Fällen zu entfernen. Er führt eine Anzahl von Fällen an, die zur Illustration der günstigen Folgen der Tonsillotomie dienen sollen. LEFFERTS.

56) **G. C. Savage. Behandlung der Tonsillarhypertrophie. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. November 1905.*

Verf. hält es für einen directen Fehler, wenn man hypertrophische Tonsillen, besonders wenn häufig Entzündungen an ihnen auftreten, nicht operativ beseitigt. LEFFERTS.

57) **F. Hill. Behandlung der Tonsillarhypertrophie. (Treatment of hypertrophical tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. protestirt gegen die kritiklose Ausführung der Tonsillaramputation bei Kindern. Er unterscheidet drei Arten von erkrankten Tonsillen: 1. Tonsillen, die constant geschwollen, roth und leicht gereizt sind; diese sind von specifischer skrophulöser oder tuberculöser Natur, und es bleibt nur übrig, sie zu entfernen. 2. Tonsillen, die im Innern erkrankt sind und gelegentlich zu einem acuten Abscess führen. 3. Tonsillen, die oberflächlich ulcerirt sind und entweder indolent sind oder im Stadium activer Erkrankung sich befinden. Ueber die Behandlung der ersten Klasse ist bereits gesprochen wordsn. Bei der zweiten Klasse resultirt die Abscessbildung daraus, dass die an die Oberfläche der Tonsille führenden Oeffnungen sich verschliessen und eine Retention des Secrets stattfindet. Bei den Tonsillarerkrankungen der dritten Gruppe werden Pinselungen mit 2proc. Silbernitratlösung angewandt, während Verf. bei der zweiten Gruppe eine schmale Curette in die Lacunen einführt, das erkrankte Gewebe auskratzt und eine 10proc. Silbernitratlösung in das Innere der Tonsille einspritzt. Dies soll 3—6 Tage lang fortgesetzt werden. LEFFERTS.

58) **C. P. Nelson. Die ätiologische Bedeutung chronischer Tonsillarhypertrophie. (Chronic enlargement of the tonsils as a factor in etiology.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1906.*

Die chronische Tonsillarhypertrophie hat eine grosse Bedeutung für das Zustandekommen von Infectionen des Respirations- und Digestionstractus. Deshalb empfiehlt sich die prompte Operation der Tonsillarhypertrophien.

LEFFERTS.

59) **Eugen Felix** (Bukarest). **Die Zerstückelung (Morcellement) der hypertrophischen Gaumentonsille.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Empfehlung der Ruault'schen Zange und Bericht über 32 auf diese Weise erfolgreich operirte Fälle. Anschliessend epikritische und casuistische Erörterungen. HECHT.

60) **Frank M. Cunningham. Blutung nach Entfernung der Tonsillen. (Hemorrhage after the removal of tonsils.)** *Southern Medical and Surgical Journal. Januar 1906.*

Wiederholte Blutung nach der Tonsillotomie bei einem 16jährigen Knaben. Stillung durch Anlegung einer Klammer.

EMIL MAYER.

61) **George J. Keiper. Spontane Blutung aus einer entzündeten Tonsille. (Spontaneous hemorrhage from an inflammed tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Bericht über einen Fall; Heilung.

EMIL MAYER.

62) **Parmentier. Angina und Rheumatismus. (Angine et rhumatisme.)** *Le Progrès Médical Belge. No. 5. 1905.*

P. theilt die Beobachtung eines 10jährigen mit doppelter Mandelbräune und ausgebreiteter katarrhalischer Angina afficirten Kindes mit. Sofort nach der Heilung stellten sich acute rheumatische Erscheinungen ein, welche unter dem Gebrauch von Methyl- und Natr. salicyl. zurückgingen. P. ist der Ansicht, dass die Angina häufig die Eingangspforte für den Rheumatismus bilde und bezieht sich diesbezüglich auf die gegenwärtigen Anschauungen über diese Frage.

AUTOREFERAT.

63) **George H. Weaver** und **Ruth Tunnicliff. Ulcero-membranöse Angina — Angina Vincenti — und Stomatitis. (Ulceromembraneous Angina — Vincent's Angina — and Stomatitis.)** *Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1905.*

Verff. geben eine genaue Schilderung des bisher über die in Frage stehende Erkrankung Bekannten. Sie finden keine Stütze für die Ansicht, dass die beiden Organismen mit einander identisch seien; sie halten den Beweis, dass sie die ätiologischen Factoren der Erkrankung darstellen, bisher für nicht erbracht. Verff. haben verschiedene Complicationen, Albuminurie, Herpes, Gastroenteritis, Noma etc. gesehen. Sie glauben, dass die Krankheit wegen der unbedeutenden Symptome oft übersehen werde. Ansteckung ist beobachtet worden, doch scheint ein sehr enger Contact dazu nöthig zu sein. Die Diagnose wird auf Grund des bakteriologischen Befundes gestellt, doch muss man sich hüten, Diphtherie durch besondere Culturmethoden auszuschliessen, da die Diphtheriebacillen mit den fusiformen vergesellschaftet sein können. Die Prognose ist bei Kindern schlecht. Was die Therapie anbelangt, so halten Verff. Bepinselungen der erkrankten Partie mit Wasserstoffsuperoxyd für das beste Mittel.

EMIL MAYER.

64) **C. Panton. Fälle von Stomatitis und Tonsillitis mit Befund von Vincent'schen Spirochaeten und Bacillen. (Cases of stomatitis and tonsillitis in which Vincent's Spirochaeta and Bacillus were present.)** *Lancet. 17. Februar 1906.*

In 4 Fällen waren die Tonsillen erkrankt. Sie waren geschwollen und mit einer dicken gräulichen Membran bedeckt. In drei dieser Fälle waren cariöse Zähne vorhanden. In 7 Fällen war das Zahnfleisch erkrankt, in 5 war ein grauer Belag auf der Wangenschleimhaut. In 10 von 11 Fällen fanden sich Spirochaeten und Bacill. fusiformes.

ADOLPH BRONNER.

65) **Imhofer** (Prag). **Zur Behandlung der Tonsillitis chronica.** *Prager med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Empfehlung des vom Autor verbesserten Hartmann'schen Mandelquetschers zur Massage der Tonsillen.

CHIARI-HANSZEL.

66) **R. M. Niles. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. December 1905.*

M. verlangt für jeden Fall von sogenanntem „schlimmen Hals“ sorgfältige Behandlung, da es sich um die Erkrankung eines delicaten und wichtigen Organs handle. Er theilt die Tonsillitis in die katarrhalische, lacunäre und parenchymatöse Form; jede kann acut oder chronisch sein. Er empfiehlt Chinin in tonischen Dosen, auch Strychnin und Aconit. In Fällen rheumatischer Diathese gebe man Salicylpräparate. Guajacol wird als Gurgelwasser empfohlen.

LEFFERTS.

67) **Ricard. Ueber die chirurgische Behandlung der phlegmonösen Peritonsillitis. (Du traitement chirurgical de la periamygdalite palatine phlegmoneuse.)** *Arch. internat. de laryngol. No. VI. 1904.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

68) **Hardouin** (Rennes). **Tumor der Tonsille. (Tumeur de l'amygdale.)** *Société anatomique. 14. December 1905.*

Man hielt den Tumor für ein Sarkom und exstirpirte ihn. Die histologische Untersuchung zeigte, dass es sich um eine Dilatation der Schleimdrüsen handelte.

PAUL RAUGÉ.

69) **Richard H. Johnston. Epitheliom der Gaumentonsille. (Epithelioma of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Bei dem 65jährigen Patienten fand sich an der rechten Tonsille eine grosse fungöse Geschwulst mit tiefer Ulceration, deren Ränder ausgebuchtet und dessen Grund schmierig belegt war. Die Ulceration war auch auf Gaumenbögen und Gaumensegel übergegangen. Die Untersuchung eines Probestückchens ergab, dass es sich um ein typisches Epitheliom handelte. Da das Aussehen des Tumors und das Befallensein der Drüsen von einer Operation nicht viel hoffen liess, so wurde Pat. mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach einer scheinbaren vorübergehenden Besserung starb Pat. 6 Monate später. Verf. räumt in der Aetiologie der Carcinome der Mundhöhle dem Pfeifenrauchen eine grosse Bedeutung ein und führt zur Illustration einen weiteren Fall von Gaumencarcinom bei einem alten Pfeifenraucher an.

EMIL MAYER.

70) **John H. Blodgett. Tonsillenscheere. (Tonsil scissors.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. März 1906.*

Der Griff der Scheere ist 15,5 cm lang; im rechten Winkel an diesem befindet sich die 2 cm lange gebogene Schneide, die etwas gezähnt ist. Das Instrument kann gleich bequem für beide Seiten gebraucht werden. Es ist sehr handlich, macht keine Verletzungen ausser der beabsichtigten. Die Neigung zur Blutung ist geringer als bei Anwendung eines Tonsillarmessers. Es können zahlreiche

Schnitte in verticaler oder lateraler Richtung gemacht und gleichzeitig Stücke der Tonsille excidirt und die Tonsillarkrypten eröffnet werden. EMIL MAYER.

71) **Alice G. Bryant. Ein neuer Tonsillarhaken. (An new tonsil tenaculum.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Die Vorzüge des Instruments sind: Einfachheit der Construction; die Möglichkeit, es schnell anzulegen und wieder abzunehmen; Nichtverdunkelung des Gesichtsfeldes. Dazu kommt, dass der Operateur beide Hände frei hat, dass das Instrument für die rechte und linke Tonsille passt. EMIL MAYER.

72) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Ein neues Tonsillen-Instrument.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Das in der Arbeit abgebildete Instrument dient zur Abtragung der Gaumentonsillen mittels der kalten Schlinge und ermöglicht vermöge seines kräftigen Baues und seiner Handlichkeit die Tonsillotomie mit einer Hand. HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

73) **Alfvèn. Widerstandsfähigkeit des Diphtheriebacillus gegen verschiedene Temperaturen. (Résistance du bacille de la diphtérie à diverses températures.)** *Hygiea. p. 31—37. 1905.*

Verf. hat den Diphtheriebacillus, so wie er sich in den Pseudomembranen findet, untersucht. Er rieb diese Membranen auf dem Boden einer Petri'schen Schale, bis eine dünne Schicht auf dem Glas war. Die Schalen wurden, gegen Licht geschützt, aufbewahrt: in kalter Winterluft, bei Stubentemperatur und bei 37° und 50°. In bestimmten Abständen wurden die Beläge in Bouillon gelöst und die Vitalität der Bacillen untersucht. In der Kälte betrug die längste Lebensdauer 14 Tage, die kürzeste 5 Tage. Bei Zimmertemperatur starben die Bacillen zwischen dem 9. und 87. Tage (im Mittel 30 Tage). In den Pseudomembranen lebten sie in zwei Fällen noch am Ende von $5^1/_2$ und $3^1/_2$ Monaten. Bei 37° starben die Bacillen durchschnittlich nach 10 Tagen; die längste Lebensdauer beträgt 22 Tage. FINDER.

74) **T. S. Billings. Die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin und Vornahme der Intubation durch das Gesundheitsdepartement in New-York. (The administration of diphtheria antitoxine and performance of intubation by the department of health of New York City.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1906.*

Verf. giebt eine Darstellung der bei der Lieferung des Diphtherieserums an Aerzte beobachteten Methode und der vom Gesundheitsdepartement seinen als Inspectoren angestellten Aerzten gegebenen Instructionen. LEFFERTS.

75) **Dopter. Locale Wirkung des Antidiphtherieserums. (Local action of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1905.*

Verf. beschreibt die Resultate der mit der Martin'schen Localapplication von Diphtherieserum erzielten Resultate. Er benutzt getrocknetes Serum, das mit Gummi zu Pastillen verarbeitet wird. In der Mehrzahl der Fälle verschwinden

im Laufe von höchstens 5 Tagen die Diphtheriebacillen. Folgende Regeln sind zu beachten: Der Patient soll die Pastillen nicht kauen, sondern im Munde zergehen lassen; dadurch wird der Contact des Serum und der Schleimhaut erheblich verlängert. Patient soll jede Stunde eine Pastille nehmen. Jedes Gurgelwasser, das zu einer Verdünnung des Serums in der Mundhöhle führen würde, soll fortgelassen werden. Getrocknetes Serum als Schnupfpulver gebraucht, wirkt auch auf die Bacillen der Nasenschleimhaut, jedoch ist die Wirkung weniger befriedigend, als die der Pastillen. Die Wirkung dieser ist eine antibakterielle und nicht antitoxisch.

Verf. hofft, dass durch diese Behandlung Rückfälle und schwere Complicationen, auch Lähmungen etc. verhindert werden. Die Periode der Ansteckungsfähigkeit und damit auch der Isolation wird verkürzt.

LEFFERTS.

76) **Hamburger. Diphtherische Lähmung eines Muscul. hyo-glossus.** *Gesellschaft f. innere Medicin u. Pädiatrie. Wien, 16. November 1905.*

Bei dem von H. vorgestellten kleinen Patienten findet sich gleichzeitig eine diphtherische Lähmung des linken M. hyo-glossus, des Gaumensegels und Parese der unteren Extremitäten. Das Kind kann die Zunge nicht gegen den Mundboden drücken. Es war Serum angewandt worden.

FINDER.

77) **C. Bolton. Einige Punkte in der Behandlung der Herzschwäche bei Diphtherie. (Some points in the treatment of heart failure in diphtheria.)** *Lancet. 3. Februar 1906.*

Das Diphtheriegift giebt oft Anlass zu acuten degenerativen Veränderungen in den Vaguskernen und fettiger Degeneration des Herzmuskels im Beginn der Erkrankung. Daher ist die möglichst frühzeitige und reichliche Anwendung von Diphtherieserum geboten. Die Minimaldosis ist 4000—6000 I.-E., die wiederholt werden muss, bis 12000—24000 I.-E. injicirt sind. Die beste Methode ist, 12000—30000 I.-E. gleich einzuspritzen und dies alle 24 Stunden zu wiederholen. Alle Anstrengungen und Erregungen, Erbrechen, Aufsitzen im Bett etc. soll vermieden werden. Puls und Athmung müssen sorgfältig überwacht werden. Wenn der Fall auch noch so leicht war, soll der Patient stets mindestens 3 Wochen im Bett gehalten werden. In manchen Fällen dauert die Schwäche des Herzens Monate lang. Digitalis, Strychnin, Alkohol scheinen nicht von Nutzen zu sein. Verf. empfiehlt kleine Dosen von Belladonna.

ADOLPH BRONNER.

78) **Van Bleyenbergh. Diphtheritis und retropharyngeale Phlegmone. (Diphtérie et Phlegmon retro-pharyngien.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mai-Juni 1905.*

Fall von einem 6jährigen Mädchen mit Diphtherie, gefolgt von Retropharyngealabscess und Vereiterung der Cervicaldrüsen.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Chevalier Jackson. Der Kehlkopf beim Typhus. (The larynx in typhoid fever.)** *American Journal of Medical Sciences. November 1905.*

Verf. hat 360 Fälle von Typhus in Bezug auf Complicationen seitens des Larynx untersucht. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: Ernstliche und tödtliche Erkrankungen des Kehlkopfs sind häufiger als man annimmt. Der Tod kann eintreten in Folge von Larynxstenose, ohne dass man bei Unterlassung einer Kehlkopfuntersuchung auch nur auf den Verdacht kommt, dass der Kehlkopf miterkrankt ist. Die Schmerzen im Kehlkopf werden häufig durch die Benommenheit verdeckt. Cyanose und Dyspnoe ist selten; Apnoe ist häufig. Die Schwere der Larynxcomplication steht in directem Verhältniss zu der Allgemeininfection. Die Kehlkopferkrankung beginnt wahrscheinlich meist mit Thrombose der Kehlkopfgefässe. Die Infection ist in der Regel eine gemischt pyogene; selten geschieht sie durch den Typhusbacillus. Die Prognose quoad vitam ist gut. Viele spätere Complicationen seitens des Kehlkopfs sind durch frühzeitige Tracheotomie zu vermeiden.

EMIL MAYER.

80) **Jacques. Angioneurotisches Kehlkopfödem. (Oedème angioneurotique du larynx.)** *Révue méd. de l'Est. 19. Februar 1905.*

Patientin war ein 19jähriges Mädchen, in dessen Anamnese neuropathische Zustände und Zeichen von Hysterie eine Rolle spielten. Seit einem Monat treten heftige Erstickungsanfälle auf; während des Schlafes war Patientin völlig ruhig. Bei der Untersuchung fand man Oedem der Aryknorpelgegend ohne sonstige sichtbare Verletzungen. An verschiedenen Stellen der Körperoberfläche waren gleichfalls circumscripte Oedeme vorhanden. Keinerlei Behandlung hat in dem Zustand irgendwelche Aenderung hervorgebracht.

A. CARTAZ.

81) **Oegny** und **Dètot. Subglottisches Larynxödem. (Oedème laryngé sous-glottique.)** *Société de pédiatrie. 19. Januar 1904.*

Es handelte sich um Larynxödem mit Infiltration der ary-epiglottischen Falten. Die Intubation genügte nicht und es musste zur Tracheotomie geschritten werden. Das Kind starb trotzdem unter Erscheinungen von Allgemeininfection. Die histologische Untersuchung zeigte die Schleimhaut des Vestibulum laryngis durchsetzt von mikroskopischen Abscessen, die nach Gram färbbare Kokken enthielten.

PAUL RAUGÉ.

82) **Emil Mayer** (New-York). **Ein ungewöhnlicher Fall von Glottisödem. (An unusual case of oedema of the glottis.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905. N. Y. Medical Record. 16. September 1905. Verhandlungen der American Laryngological Association. Juni 1905.*

Es handelte sich um eine acute septische Entzündung der Zungenbasis, des rechten Sinus piriformis und der Epiglottis auf derselben Seite. Bacteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein des Staphylococcus albus und von Streptokokken. Verf. nimmt an, dass die Grundlage für die Erkrankung ein hereditär

syphilitischer Zustand der Epiglottis bildete, der ausser Husten bis dahin keine Erscheinungen gemacht hatte. A. LOGAN TURNER.

83) **Sabatier. Primäres phlegmonöses Erysipel des Kehlkopfs. (L'érysipèle primitif phlegmoneux du larynx.)** *Arch. gén. de méd. 21. Juni 1906.*

Verf. giebt ausser einer erschöpfenden Studie über den Gegenstand eine eigene Beobachtung, die einen 35jährigen Mann betraf. In dem aus der Tracheotomiecanüle ausgehusteten schleimig-eitrigen Secret fanden sich Streptokokken in Reincultur. Patient ging an Herzschwäche zu Grunde. A. CARTAZ.

84) **Blum** (Strassburg i. E.). **Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. 1905.*

Zwei Fälle von schwerer, fieberhafter Laryngitis. Im ersten pflanzte sich die Entzündung auf dem Wege der Tube und des Mittelohrs, in dem zweiten — wie Verf. annimmt — durch die Nase auf die Gesichtshaut fort und erzeugte hier typische Erysipele. ZARNIKO.

85) **Chauffard. Kehlkopfsyphilis und Tabes. (Syphilis laryngée et tabes.)** *Journal de méd. interne. p. 65. 1904.*

Bericht über einen Fall von Zusammentreffen tabischer Symptome und syphilitischer Kehlkopferkrankung. A. CARTAZ.

86) **Chauffard** und **Viollet. Die Kehlkopfsyphilis. (La syphilis laryngée.)** *Gaz. des hôpitaux. 9. Juni 1904.*

Ein nichts wesentlich Neues bietender didactischer Vortrag. A. CARTAZ.

87) **Chauffard. Die tertiäre Kehlkopfsyphilis. (La syphilis tertiaire du larynx.)** *Journal des Practiciens. 27. Januar 1905.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

88) **Clement F. Theisen. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfsyphilis, der die Tracheotomie erfordert. (An unusual case of laryngeal syphilis requiring tracheotomy.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die Schlüsse, zu denen Verf. auf Grund seiner Beobachtung gelangt, sind:

1) Die Intubation ist besonders werthvoll in den Fällen, in denen es sich nicht um eine extreme Stenose handelt, und wenn diese durch Verdickung und Infiltration der Stimm- und Taschenbänder bedingt ist. In einigen dieser Fälle kann die Intubation ohne vorhergehende Tracheotomie, wenn sie sorgfältig ausgeführt wird, angewandt werden.

b) Handelt es sich um eine Stenose extremen Grades oder bestehen membranöse Adhäsionen zwischen den Stimmbändern, die nur eine schmale Oeffnung lassen, so soll jedem Versuch, die Strictur von oben her zu erweitern, die Tracheotomie vorausgehen. Solche Fälle sind es, in denen ein tödtliches Oedem eintreten kann, bevor ein Intubationsrohr richtig eingeführt ist.

c) Tracheotomie mit nachfolgender Laryngofissur bietet die besten Chancen für eine dauernde Heilung, wenn viel Narbengewebe vorhanden ist, das die Glottis durch Zusammenwachsen der Stimmlippen verschliesst. EMIL MAYER.

89) **Wiedel** (Bockenem). **Ueber einen Fall von geschwürig zerfallenem Gummi im Kehlkopf bei einem congenital-syphilitischen Kinde von 6 Monaten.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ein zwei Monate altes Kind erkrankte nacheinander an Parrot'scher Pseudoparalyse, Otitis media, Cystitis und Bronchopneumonie, an der es schliesslich zu Grunde ging. Von Seiten des Kehlkopfes zeigte sich während dieses Krankheitsbildes als einziges Symptom eine mehr oder minder stark auftretende Heiserkeit. Bei der Section überraschte das Bild einer tiefgreifenden geschwürigen Zerstörung des Kehlkopfes, die, von der Vorderwand ausgehend, die Stimmbänder völlig zum Zerfall gebracht hatte. SEIFERT.

90) **Paul Reinhard. Bronchoskopie bei Syphilis der tieferen Luftwege.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrnheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bei einer 32jährigen, an Athembeschwerden leidenden Frau liess sich durch directe, obere Tracheoskopie „eine ausgedehnte Erkrankung der trachealen Wandung und der Schleimhaut der Bifurcationsgegend" constatiren. Eine entsprechende antiluetische Behandlung bewirkte eine Abheilung des Krankheitsherdes unter Narbenbildung, die gleichfalls tracheoskopisch constatirt wurde. Die angeschlossene Bronchoskopie ergab in einem Abstande von 27 cm von der Zahnreihe im rechten Stamm-Bronchus eine ringförmige Stenose mit einer Lichtung von 2 mm. Diese diaphragmaförmige Stenose befand sich unterhalb der Theilungsstelle des rechten Oberlappenbronchus. HECHT.

91) **Gherardo Ferreri. Beitrag zur Behandlung der Kehlkopftumoren. (Contributo alla cura dei tumori laringei.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Larinlogia. November 1905.*

Verf. giebt die Beschreibung und Abbildung einer von ihm seit einiger Zeit gebrauchten Kehlkopfzange. Das Instrument besteht aus einem Handgriff mit auswechselbaren Ansätzen, Zangen, Curetten etc. Im Anschluss daran berichtet er über 11 mittels dieses Instrumentes operirte Tumoren. In jedem Fall ist der histologische Befund gegeben. Verf. spricht auch die Meinung aus, man solle, wo Intoleranz der Patienten, Grösse oder Sitz oder Gefässreichthum der Tumoren eine endolaryngeale Operation nicht gut ausführbar erscheinen lassen, lieber die Tracheotomie und Laryngofissur machen. FINDER.

92) **Citelli. Wissenschaftlicher Brief über die hypoglottischen Tumoren. (Corrispondenza scientifica sui tumori ipoglottici.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, della gola e del naso. IX. 1905.*

Der an den Herausgeber gerichtete Brief geht auf die in zwei Arbeiten (ref. Centralbl. 1905, S. 350 und 1906, S. 142) behandelte Frage über die Localisation der subglottischen Tumoren zurück. Verf. nimmt Martuscelli gegenüber in Anspruch, als der erste die Leisten im vorderen Theil der Regio subglottica beschrieben zu haben. FINDER.

93) **Citelli. Multiple Kehlkopfpapillome nebst Papillom des linken vorderen Gaumenbogens. (Papillomi laringei multipli con papilloma del pilastro palatino anteriore di sinistra.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1906.*

Der mitgetheilte Fall betrifft eine 30jährige Frau. Verf. spricht die von ihm selbst als kühn bezeichnete Hypothese aus, dass die Papillome contagiös sein können und dass sich dadurch ihr multiples Vorkommen im Kehlkopf erklären lasse, aber auch das Vorkommen der Papillome am Gaumenbogen. Letzteres soll so erklärt werden, dass Stückchen der Tumoren beim Husten, Schreien etc. gegen den Gaumenbogen geschleudert werden.

FINDER.

94) **J. v. Bókay** (Budapest). **Mittheilungen aus der Intubations-Praxis. Noch ein Wort über die locale Behandlung des Larynx-Decubitus. (Közlemények az intubatiós gyakorlatból. Még egyszer a gégebeli decubitusok helyi kezeléséről.)** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1905.*

v. Bókay hat bereits im Jahre 1891 in Halle, ferner 1895 in der Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Lübeck, auf die Erfahrung über 763 Fälle gestützt, ausgesprochen, dass in Anbetracht dessen, dass unter seinen durch Intubation geheilten Fällen bei 16,2 pCt. die Dauer der Intubation über 120 Stunden ging, er nicht die Meinung derjenigen Verfasser theile, welche in Fällen, wo innerhalb 5 $\times$ 24 Stunden die definitive Extubation nicht gelingt, zur Vermeidung schwerer Decubitusgeschwüre die secundäre Tracheotomie ausführen. v. Bókay meint, dass der Zeitpunkt der secundären Tracheotomie zu keinem bestimmten Termin feststellbar ist, die blutige Operation wird wohl durch die zweifellose Anwesenheit eines schweren Decubitus indicirt, die blosse Furcht vor einem Decubitus ist aber noch keine Indication. Dieser Standpunkt ist durch die Einführung der auf seinen Vorschlag mit Gelatine überzogenen und mit Alaunpulver imprägnirten Bronce-Heiltuben insofern abgeändert worden, dass Verf. nunmehr die Indication der secundären Tracheotomie noch enger zieht und nur für die Fälle zugiebt, wo die definitive Extubation selbst nach methodischer Anwendung seiner präparirten Heiltuben unausführbar bleibt und wo eine ausgebreitete Destruction des Ringknorpels angenommen werden muss. Verf. hat in der Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Hamburg 1901 über 16 auf diese Weise geheilte Fälle berichtet, welchen er diesmal noch weitere 8 Fälle zufügt. Die sehr lehrreiche Abhandlung muss im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

95) **Nowotny. Therapie der Tracheal- und Bronchialstenosen mittels der sogenannten oberen und unteren Tracheo- und Bronchoskopie. (Leczenie zwezen tchawicy i oskneli przytracheo skopii i bronchoskopii górnej i dobhiej.)** *Przeglad.*

Verf. beschreibt in einer grösseren Arbeit genau die Technik und Indication wie auch Contraindicationen bei diesen Verfahren, welche er in der Klinik des Prof. Pieniazek-Krakau wie auch in der Privatpraxis in mehreren Fällen zum diagnostischen wie auch therapeutischen Zwecke angewendet hat. Bei gutartigen Neubildungen gelang es ihm mehrmals mittelst dieses Verfahrens radical die ge-

nannten Neubildungen zu entfernen. Bei bösartigen gelangt man mittelst der Bronchoskopie zur genauen Localisation des Tumors, genauerer Diagnose durch Entfernung eines Stücks zur mikroskopischen Untersuchung, wie auch in einigen Fällen zur temporären Beseitigung der Trachealstenose mittelst Einführung der Trachealröhrchen. Ebenfalls mittelst Tracheo- und Bronchoskopie gelingt manchmal die Beseitigung syphilitischer oder skleromatischer Infiltration der Trachea und Bronchien. Die grösste Verwendung aber findet die Tracheo- und Bronchoskopie bei Entfernung der Fremdkörper, welche in die Trachea oder Bronchien eingeklemmt wurden, was Verf. mit einigen Fällen illustrirt.

Dem Verfasser nach dürfte die Tracheo-Bronchoskopie eine breitere Anwendung finden bei vielen Fällen von Tracheo- und Bronchostenosen syphilitischer und skleromatischer Veränderung dieser Organe, worüber Verf. bereits früher im 17. Bande des Arch. für Laryngologie entsprechende Veröffentlichungen gemacht hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

96) **A. Hongardy** und **L. Langstein. Stoffwechselversuch an einem Fall von infantilem Myxödem.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. XLI. H. 4.*

In der Vorperiode und in der Thyreoidinperiode wurden N. und P. retinirt In beiden Perioden war das Verhältniss Harnstoff zu Gesammt-N und der Ammoniakquotient normal. Aminosäuren wurden nicht gefunden. In der Thyreoidinperiode wurde procentisch und absolut viel mehr Kalk retinirt; dies deutet hin auf eine Verminderung des Kalkstoffwechsels beim infantilen Oedem.

J. KATZENSTEIN.

97) **S. Aeschbacher. Ueber den Einfluss krankhafter Zustände auf den Jod- und Phosphorgehalt der normalen Schilddrüse.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 269.*

Die acuten Infectionskrankheiten bedingen eine Verminderung des Jodgehalts der Schilddrüse theils durch Colloidschwund, theils durch Jodarmuth des vorhandenen Colloids. Bei Tuberculose kommt entsprechend der Atrophie und Sklerose des Organs eine Verminderung des absoluten Jodgehalts zu Stande, während der relative dem allgemeinen Durchschnittswerthe entspricht. Erkrankungen des Circulationsapparats bewirken eine Verminderung des relativen und absoluten Jodgehaltes. Der chronische Alhoholismus scheint wie auf die histologische Beschaffenheit der Drüse, so auch auf deren Jod- und Phosphorgehalt eine schädigende Wirkung auszuüben.

J. KATZENSTEIN.

98) **Jacques** (Nancy). **Zwei Fälle von Ectopie der Schilddrüse. (Deux cas d'ectopie thyroidienne.)** *Société de Biologie. 23. December 1905.*

In den beiden Fällen handelte es sich bei fehlender Schilddrüse um sublinguale Geschwülste; Verf. vermuthet, dass es sich um ectopirte Thyreoidea handelt.

PAUL RAUGÉ.

99) **Bolter** (Ramsen). **Vier Beobachtungen von Strumitis.** *Dissertat. Zürich-Selnau 1904/5.*

Die Fälle stammen aus der chirurgischen Universitätsklinik von Zürich. Sie vertheilen sich fast genau gleich auf die beiden Geschlechter. Die Infectionserreger waren hauptsächlich Strepto- und Staphylococcus pyogenes und Bacterium coli. Verf. erklärt die Strumitis als eine meist infectiöse Entzündung, die sich an primäre Erkrankung des Körpers anschliesst, und in diesem Fall eine primär metastatische Infection sei. Sie könne aber auchals metastatischer Herd secundären Charakters auftreten. Häufiger sei sie eine Mono- seltener eine Mischinfection. Die Behandlung besteht in breiten Incisionen; bei Vereiterung von Cysten in Enucleation der letzteren. Die Prognose dürfe wegen des immer möglichen Durchbruchs in die Trachea oder das Mediastinum niemals zu günstig gestellt werden.

JONQUIERE.

100) **W. Gilman Thompson. Klinische Bemerkungen über Morbus Basedow (Clinical notes on exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. Februar 1906.*

Die Behandlung basirt auf der Beobachtung von über 40 Fällen, von denen einige mit cytotoxischem Serum behandelt wurden. Gegenstand der Untersuchung ist, die Wichtigkeit gewisser Symptome hervorzuheben, die mehr für den toxischen, als für den neurotischen Charakter der Erkrankung sprechen. In fast allen schweren und wahrscheinlich allen tödtlichen Fällen treten schliesslich Fieberexacerbationen auf, begleitet von acuter Herzdilatation, Herzgeräuschen, intensiver Präcordialangst, oft gastrischen oder anderen abdominalen Schmerzen, Anfällen von Erbrechen und Diarrhoe, Erstickungsgefühl, Schlaflosigkeit und grosser Unruhe, erythematöser Röthung und Oedem an Füssen und Beinen. Diese Symptomengruppe spricht deutlich für den Einfluss von Toxämie in Folge Hyperthyreoidismus. Der Effect des Rogers'chen cytotoxischen Serum bestand darin, den Hyperthyreoidismus zu verhindern. Dieses Serum wird aus der erkrankten menschlichen Schilddrüse bereitet, die man extrahirt und durch lebendes Kaninchenblut gehen lässt. Das resultirende Serum enthält ein Antitoxin und Cytotoxin. In 16 von den 43 Fällen des Verf. wurde eine acute Exacerbation hervorgerufen durch intercurrente Erkrankungen, eine Bronchitis, Pharyngitis und acute Tonsillitis.

LEFFERTS.

101) **John Rogers. Die Behandlung des Morbus Basedow mittels eines specifischen Serum. (The treatment of exophthalmic goitre by a specific serum.)** *The Journal of the American Medical Association. Februar 1906.*

Die verschiedenen Sera werden mit A, B, C und D bezeichnet. Zehn Fälle wurden mit Sera A, B, C behandelt; davon wurden drei völlig geheilt, drei wurden über einen kritischen Zustand hinweggebracht und sind der Heilung nahe gebracht, die andern mehr weniger gebessert. Es beruht in der Auseinandersetzung viel auf Vermuthungen und Hypothesen und wenig ist thatsächlich bewiesen.

EMIL MAYER.

102) **S. P. Beebe. Präparation eines Serum zur Behandlung des Morbus Basedow. (Preparation of a serum for the treatment of exophthalmic goitre.)** *The Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1906.*

Das cytolytische Serum, mit dem experimentirt wurde, wurde gewonnen durch die Injection von Nucleoproteiden einiger Organe, wie Leber und Nieren. Verf. setzt die Gründe auseinander, die ihn bewegen, die Nucleoproteide für seine Zwecke zu wählen. Er glaubt, dass man in dem durch die therapeutische Anwendung erzielten Resultate mehr als einen blossen Zufall sehen müsse. In der Anwendung eines activen Antiserums, das aus menschlichem Gewebe hergestellt ist, sieht er eine gewisse Gefahr; sie muss mit grosser Vorsicht erfolgen. Allarmirende Erscheinungen sind bereits nach Injection von 1 ccm solchen Serums aufgetreten. Verf. schliesst mit den Worten: „Wir haben grade Licht genug in die Frage gebracht, um die Finsterniss noch intensiver zu gestalten.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

103) **Capart jr.** (Brüssel). **Divertikel des Speiseröhreneingangs. Operation. Heilung. (Diverticle de l'entrée de l'oesophage. Opération. Guérison.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1905.*

Vergleiche Bericht über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom 11. Juni 1904.

BAYER.

104) **R. Marie** (Paris). **Mikrocysten des Oesophagus. (Microkystes de l'oesophage.)** *Société anatomique. 22. December 1905.*

M. hat bei einem 45jährigen Tuberculösen eine grosse Anzahl mikroskopisch grosser Cysten in der Schleimhaut des Oesophagus gefunden. Die Wand der Cysten war ausgekleidet mit cubischem Pflasterepithel. Sie fanden sich längs des ganzen Oesophagus.

PAUL RAUGÉ.

105) **C. Plumner. Ein Fall von Oesophagusstrictur nach Typhus. (A case of stricture of the oesophagus following typhoid fever.)** *Illinois Medical Journal. December 1905.*

Patient war ein 17jähriger Jüngling. Die Gastrotomie wurde gemacht, danach ein Faden vom Munde aus durch die Strictur in die Magenfistel gezogen; durch allmälige Dilatation wurde es schliesslich dahin gebracht, dass ein Oesophagusbougie No. 28 leicht eingeführt werden konnte.

EMIL MAYER.

106) **Bluyden** (Boulogne-sur-mer). **Extraction eines im Oesophagus festsitzenden Gebisses durch die Gastrotomie. (Extraction d'un dentier arrêté dans l'oesophage par la gastrotomie.)** *Société de Chirurgie. 10. Januar 1906.*

Der Fremdkörper war 30 cm von den Schneidezähnen entfernt eingekeilt. Es wurde vorgezogen, ihn nach unten zu stossen und an Stelle der Oesophagotomie lieber die Gastrotomie zu machen. Der Versuch, vom Magen aus den Fremd-

körper mittelst einer Pincette zu fassen, misslang. Verf. führte nun vom Munde aus ein Bougie mit olivenförmiger Spitze in den Magen, bediente sich dieses als Führer, führte seine Hand in den Magen, den Zeigefinger in den Oesophagus ein und konnte so den Fremdkörper ergreifen und extrahiren. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Januar 1906.

Vorstandswahl: Vorsitzender: B. Fränkel; 1. Stellvertreter: Landgraf; 2. Stellvertreter: P. Heymann; 1. Schriftführer: A. Rosenberg; 2. Schriftführer: Grabower; Kassenwart: Schötz; Bibliothekar: Kuttner.

Börger stellt einen 76jährigen Patienten mit einem pflaumengrossen, grauröthlichen, höckerigen, aus dem Ventrikel kommenden und das Lumen des Larynx verlegenden Tumor vor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Sarkom erweist.

Mankiewicz theilt mit, dass nach dem Protokoll der medicinischen Gesellschaft in Lyon 1836—38 Baumès schon laryngoskopisch Entzündungen und Ulcerationen des Kehlkopfes festgestellt habe.

Alexander zeigt eine mit mehreren Ansätzen versehene Spritze zur submucösen Injection von Cocain-Adrenalin.

Lennhof demonstrirt 1. eine Patientin mit Kehlkopftuberculose, die sich während und besonders nach der Gravidität verschlechtert hat. Es entwickelt sich eine längere Discussion über die Deutung der Veränderung an dem Taschenbande und die einzuschlagende Therapie (Kuttner, Grabower, Rosenberg, E. Meyer, Katzenstein, Lennhof); 2. zwei Fälle von Lichen ruber planus der Mund- und Rachenhöhle.

Sitzung vom 9. Februar 1906.

Jacob stellt einen Patienten mit Fractur beider Nasenbeine vor.

Lennhof zeigt die Abbildung eines dritten Falles (s. vorige Sitzung) von Lichen ruber planus der Zunge.

Während Börger und E. Meyer Einwände gegen die Richtigkeit der Diagnose erheben, sucht Lennhof dieselbe eingehend zu begründen.

B. Fränkel zeigt einen von Longhi entworfenen Kupferstich aus dem 18. Jahrhundert, der die Pharyngoskopie bei einer heiseren Sängerin darstellt.

Kuttner: Kritische Betrachtung über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

In Bezug auf die motorische Kehlkopflähmung bei progredienter Erkrankung des Recurrenscentrums vertritt Niemand mehr eine von der Semon'schen abweichende Ansicht.

Bei progredienter Erkrankung des Recurrensstammes sind nur noch die beiden ersten Stadien strittig — verringerte Abductionsbreite und Fixirung des Stimmbandes in oder nahe der Mittellinie. Sie beruhen nach der bisherigen Annahme auf der grösseren Vulnerabilität der Erweitererfasern, die das Princip der Semon'schen Lehre ist; und dieses Princip bestreitet Broeckaert.

K. geht die verschiedenen physiologischen Versuche an Thieren durch, die die grössere Hinfälligkeit der Abductorfasern erwiesen haben. Die Ergebnisse dieser Versuche bestätigt Br., aber er deutet sie anders. Alle Fasern leiden nach ihm in gleicher Weise und dementsprechend auch die zugehörigen Muskeln; die Einbusse fällt aber bei den Oeffnern, als der weit schwächeren Muskelgruppe, stärker ins Gewicht. Er macht dabei den Fehler, die beiderseitigen Muskelgruppen als eine unveränderliche starre Masse anzusehen, ihre Wirkung setzt sich aber zusammen aus der unveränderlichen Muskelmasse und der veränderlichen Innervation. Dieser Impuls ist oft das ausschlaggebende.

K. hat nun den Fränkel-Gad'schen Versuch wiederholt und in dem Augenblick, wo die Auswärtsbewegung anfing schwächer zu werden, die Trachea des Hundes quer durchschnitten und das untere Ende zugestopft und so forcirte Inspirationsbewegungen erzwungen. Das gesunde Stimmband machte dementsprechend eine weite Abduction; das andere aber, dessen Recurrens abgekühlt war, macht im ersten Moment zwar 1—2 Bewegungen über die Cadaverstellung hinaus, dann aber, obgleich die Inspirationsanstrengungen immer stärker wurden, ging es nicht mehr über die Cadaverstellung hinaus, obwohl es bei der Exspiration noch energisch adducirt wurde. Es muss also die Schädigung der Erweiterer stärker gewesen sein als die der Schliesser.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Befunde weist K. darauf hin, dass, wie ihm von neuem die Untersuchungen der Muskeln von Hunden, die die schrittweise Entwickelung der Lähmungserscheinungen von 18. bis 150. Tage post op. illustriren, gezeigt haben, es sehr schwer ist, aus dem mikroskopischen Befunde zu entscheiden, wie alt eine Lähmung ist. Die atrophischen Erscheinungen sind im Anfang sehr gering, und auch bei ganz weit vorgeschrittenen, alten Lähmungen finden sich noch viele normale Stellen, und vieles, was wir als Kriterium für die Atrophie des Muskels anzuerkennen gewohnt sind, findet sich auch im normalen Muskel. Aber nichtsdestoweniger haben zuverlässige Beobachter eine stärkere Atrophie der Ab- als der Adductoren nachgewiesen; so auch Broeckaert.

Die letzte von ihm aufgestellte Hypothese sagt, dass der den Posticus versorgende atheromatöse Zweig der A. thyreoid. post. den Abductor nicht so gut mehr ernährte und in Folge dessen eine stärkere Atrophie resultirte, wie er dies in einem Falle beobachtete; oder aber die Beeinträchtigung der Ernährung geschieht indirect, indem die den Recurrens schädigende Erkrankung gleichzeitig den Halssympathicus in Mitleidenschaft zieht, in dem die die Kehlkopfmuskeln versorgenden Vasomotoren verlaufen. Es fehlt aber der Nachweis, dass der Sympathicus erkrankt ist, dass seine eventuelle Miterkrankung die Vasomotoren in seinem Sinne beeinflusst und dass die Hypämie gerade den Posticus schädigt und nicht die Adductoren.

Seine Forderung, einen Fall von peripherer Recurrenslähmung zu zeigen, in

dem nur der Posticus atrophisch, alle anderen Muskeln aber gesund sind, zeigt eine Verkennung des Grundgedankens der Semon'schen Lehre, die behauptet, dass physiologisch (nicht anatomisch) die Leistungsfähigkeit der Abductoren schneller erliegt.

Der Saundby'sche Fall beweist, dass eine allmälig fortschreitende Erkrankung des Recurrensstammes die in ihm verlaufenden, functionell verschiedenen Fasergattungen in verschiedenfachem Grade beeinträchtigt.

Die Gültigkeit des Princips, das wir als das Semon'sche Gesetz bezeichnen, ist als durchaus erwiesen zu betrachten.

(Discussion wird vertagt.) A. Rosenberg.

---

b) IX. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 24. bis 26. October 1905.

Sitzung vom 24. October.

Vorsitzender: Grazzi.

Zur Discussion steht als erstes Thema: Bedeutung, Structur und Behandlung der endonasalen Sarkome.

Der erste Referent Martuscelli (Neapel) behandelt die Aetiologie und pathologische Anatomie. Er sieht einen ätiologischen Factor in der besonderen Structur der Nasenschleimhaut, und zwar in ihrem Reichthum an adenoidem Gewebe. Die von einigen Autoren aufgestellte Theorie eines parasitären Ursprungs hält Verf. für vorläufig nicht acceptabel. Er betont, dass die Sarkome meist von präexistirenden Tumoren ausgehen, also selten primär sind. Er lässt dann die einzelnen Arten der Sarkome Revue passen: bei den Fibrosarkomen macht er auf das gleichzeitige Vorkommen der Hautsarkomatose aufmerksam, er bespricht ferner das teleangiectatische, das Myeloidsarkom, das Osteosarkom, Melanosarkom, Rundzellensarkom, Myxosarkom und schliesslich die verschiedenen Formen des Endotheliom. Die histologische Diagnose der Sarkome ist überhaupt schwer, ganz besonders aber die der endonasalen Sarkome. Es genügen dazu nicht die Kriterien der allgemeinen pathologischen Anatomie, sondern es gehört zur Erkenntniss der Characteristica der endonasalen Sarkome eine ganz besondere Uebung. In Folge der Reibung zwischen Tumor und Nasenwandung entstehen oberflächliche Macerationen auf jenem. In Folge irritirender Umstände, wie Verletzung bei Versuchen des Patienten, sich selbst von dem Hinderniss in der Nase zu befreien, oder durch Einfluss von Staub, Tabak etc. entsteht ein entzündlicher Zustand, in Folge dessen es zu einer Zellproliferation und zur Neubildung eines dem embryonalen ähnlichen Gewebes kommt. Da jeder voluminöse Nasentumor solchen Traumen ausgesetzt ist, so bietet jeder nach der Exstirpation hier oder da ein sarkomatöses Aussehen. Syphilome, Tuberkulome, Rhinosklerom kann zu Verwechslungen mit Rundzellensarkom leicht Anlass geben. Bei der Differentialdiagnose denke man daran, dass die chronischen Granulationsgeschwülste arm an Blutgefässen sind und meist Coagulationsnekrose in Folge regressiver Vorgänge aufweisen, während die Sarkome gefässarm sind und keine regressive Metamorphose zeigen.

Die Thatsache, dass die endonasalen Sarkome bisweilen nicht die Malignität besitzen, wie die Sarkome der anderen Körperregionen, erklärt Redner folgendermaassen:

1. Die in der Nase vorkommenden Formen der Sarkome gehören zu den gutartigeren (Fibrosarkome, Myxosarkome), während die Rundzellensarkome seltener sind.

2. Die Geschwülste sind gestielt und zwar ist der Stiel häufig sehr dünn; ferner beginnt die sarkomatöse Metaplasie an den peripherischen und daher von der Schleimhaut der Insertionsstelle entferntesten Punkten.

3. Die Modalität dieser Metaplasie, die in ihrem Verlauf sehr langsam ist, bringt es mit sich, dass der Tumor häufig abgetragen wird, bevor die Läsion sich bis zur Basis ausgebreitet hat.

4. Da die Metaplasie rings um die Capillaren in den Myxomen beginnt, so begegnet man dem peri- oder endothelialen Typus und daher beobachtet man einen relativ gutartigen Verlauf.

Der zweite Referent ist U. Calamida: Redner hat in der Literatur 298 Fälle ausfindig gemacht. Das klinische Stadium theilt er in drei Perioden: das erste ist durch vage Beschwerden in der Nase und häufiges Nasenbluten, das zweite durch die progressiv zunehmende Nasenstenose, schleimig-eitrige Secretion, Schmerzen verschiedener Art und Stärke, Anosmie, einen gewissen Grad von Rhinolalie, Anosmie, bisweilen asthmatische Anfälle und spontanes Ausschnauben von Tumorstückchen charakterisirt. Im dritten Stadium wächst der Tumor in die benachbarten Höhlen und Organe hinein; es entstehen Deformationen des knöchernen Nasengerüstes und des harten Gaumens, der Tumor geht in die Oberkieferhöhle, Orbita und Schädelhöhle.

Redner bespricht dann die Differentialdiagnose; bezüglich der Prognose ist er der Ansicht, dass die von manchen behauptete, angeblich relative Hartnäckigkeit der Nasensarkome wahrscheinlich nur auf klinischen und mikroskopischen Irrthümern beruht.

Redner geht sodann zur Behandlung über. Nach der Erwähnung der medicamentösen Therapie (Arsen innerlich, locale Application chemischer Caustica, interstitielle Injectionen verschiedener Medicamente) bespricht R. die physikalischen Methoden (Röntgenstrahlen, hochfrequente Ströme, Finsenlicht, Radium), um dann zu der chirurgischen Behandlung überzugehen. Nach kurzer Besprechung der indirecten Methoden (Elektrolyse, Galvanokaustik und Unterbindung der Carotiden) geht Redner ausführlicher auf die directen chirurgischen Behandlungsarten ein, zunächst die endonasalen mit kalter, warmer Schlinge, Zerstückelung des Tumors etc. Bei den radicaleren Operationsmethoden werden je nach dem Zugangsweg vier Kategorien unterschieden, die palatine, nasale, maxillare und nasomaxillare.

Des Referenten Meinung geht dahin, dass in den Fällen, in denen das Sarkom noch in seiner Insertion und Ausbreitung beschränkt und leicht zugänglich ist, man versuchen soll, es per vias naturales zu entfernen; in den übrigen Fällen bieten die radicaleren Methoden mehr Chancen.

Poli: Granulom oder Sarkom der Nasenscheidewand.

51jähriger Mann, bei dem sich innerhalb 20 Jahren eine linksseitige Nasenverstopfung herausgebildet hat. Der Tumor ragte schon aus der Nase heraus. In Narkose wurde von aussen her incidirt und das Septum in weitem Umfang resecirt. Nach 6 Monaten zeigte Pat. ausserhalb des ursprünglichen Operationsfeldes einen braunen Knoten und in der linken Submaxillargegend eine geschwollene Drüse. Es ergab sich, dass das Knötchen ein Melanosarkom und die Drüse eine Metastase darstelle. Seitdem sind keine weiteren Metastasen aufgetreten.

Tommasi: 1. Fibrosarkom der mittleren Muschel.

2. Fibrosarkome des Nasenrachens.

Anderweitig erschienen. Ref. diese Nummer S. 220.

Discussion:

Orlandini berichtet über einen Fall mit tödtlichem Ausgang.

Gradenigo theilt einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall mit. Obwohl der Fall tödtlich endete, liessen sich doch an den von den Röntgenstrahlen erreichten Theilen des Tumors deutliche Veränderungen nachweisen. G. glaubt, dass die im oberen Theil der Nasenhöhle inserirenden Sarkome eine günstige Prognose geben.

D'Ajutolo erwähnt einen Fall von teleangiectatischem Sarkom, der durch endonasale allmälige Abtragung und äussere Application sowie interstitielle Injection von einer Alkohol-Phenol-Menthollösung völlig geheilt ist.

Dionisio hat eine Heilung mit Röntgenstrahlen beobachtet.

Calamida: Der Blutdruck bei Nasenstenose.

C. hat in seinen Fällen — endonasalen Stenosen und adenoiden Vegetationen — den Blutdruck mit dem Riva-Rocci'schen Sphygmomanometer gemessen. In Fällen starker Nasenstenose ist der Blutdruck über die Norm erhöht und zeigt nach deren Beseitigung durch einen operativen Eingriff eine erhebliche Abnahme. Bei mässiger Nasenstenose ist keine merkliche Aenderung des Blutdruckes wahrnehmbar.

J. Dionisio: 50 Fälle von Ozaena mittelst Bestrahlung geheilt.

Die in 48 Fällen erzielten Besserungen und wirklichen Heilungen datiren zum Theil seit über 3 Jahren. In der letzten Zeit hat D. die Apparate so vervollkommnet, dass nur noch 80—100 Sitzungen, zu je einer Stunde Dauer nöthig sind.

A. Orlandini und Ciampolini: Resultate bei den ersten 25 mit Toti'scher Methode behandelten Fällen von chronischer Eiterung der Thränen-Nasenwege.

Redner haben bei den mittelst der „Dacryocystorhinostomie" operirten Fällen besonders auf die rhinoskopische Untersuchung Gewicht gelegt. Sie fanden in $^4/_5$ der Fälle auf der der Thränengangerkrankung correspondirenden Seite der Nase Veränderungen und zwar in 8 Fällen hypertrophische untere Muscheln, in 6 Fällen Ethmoiditis, 4 mal fand sich Ozaena, bei einem Kinde waren adenoide

Vegetationen und in einem Falle erhebliche Septumdeviation. Bis auf einen Fall, in dem ein Recidiv auftrat, wurde in allen übrigen durch die Operation dauernde Heilung erzielt.

Rossi Marcelli (Neapel): Ueber chronisches Stirnhöhlenempyem in Bezug zur Geruchsfunction.

Verf hat an Hunden Versuche angestellt, die darin bestanden, dass er in die Stirnhöhle Wattetampons brachte, die bei einem Thiere mit virulenter Cultur von Staphylococcus aureus, beim zweiten mit Cultur von Typhusbacillen getränkt war. Es entstand eine Entzündung der Sinusschleimhaut, Läsionen der Schleimhaut der Muscheln und des Canalis naso-frontalis; Veränderungen der Regio lutea und der Bulbi olfactorii waren nicht zu constatiren.

S. Pusateri (Turin): 1. Beitrag zum Studium der penetrirenden Wunden der Nasenhöhlen.

P. hat den Heilungsprocess aseptischer Wunden der Nase beim Hunde studirt und giebt einen Bericht über die Resultate seiner Experimente.

2. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen.

Die am Kaninchen ausgeführten Untersuchungen ergaben:

1. Vom 3. bis 105. Tage: Atrophie des knöchernen Gerüstes, Nekrose des knöchernen und knorpeligen Gerüstes, der äusseren Wand der Nasenhöhle, Deviation des Septum und bisweilen Perforation desselben.

2. Nach 2 Monaten scheint die Schleimhaut verdickt mit cystischen Bildungen versehen; das Epithel ist mehrschichtiges Cylinderepithel.

3. Schon von den ersten Tagen an kann eine Eiterung einsetzen, die gegen den dritten Monat verschwindet; das Secret wird fester und es entsteht ein der Rhinitis caseosa ähnliches Krankheitsbild.

4. Von den Nasenhöhlen aus kann das stagnirende eitrige Secret sich nach aussen durch weniger resistente Stellen der Nasenwand hindurch Bahn brechen; es kann bisweilen eine gegen die Schädelhöhle ascendirende Infection durch die Löcher der Lamina cribrosa des Siebbeins erfolgen.

5. Der Fremdkörper kann zuweilen nach Nekrotisirung der Septumschleimhaut im neugebildeten Bindegewebe eingebettet werden.

Orlandini: Beitrag zum Studium der Kehlkopfmuskeln und ihrer Variationen.

O. hat seine Studien am anatomischen Institut in Florenz angestellt. Seine Untersuchungen betreffen 58 männliche und 42 weibliche Kehlköpfe; ferner 10 Kehlköpfe von Kindern und 4 von Neugeborenen. Zum Vergleich hat er auch die Kehlköpfe einiger Säugethiere und niederer Wirbelthiere untersucht. Er theilt die Muskeln in 3 Gruppen:

1. Cricothyreoid-Muskeln. Sie bilden mit dem Constrictor inferior pharyngis, mit dem sie jedoch normaliter jeden Zusammenhang verloren haben, den Sphincter externus laryngis.

2. Erweiterer der Glottis: Crico-arytaenoideus posticus.

3. Verengerer der Glottis: Crico-arytaenoideus lateralis, thyreo-arytaenoideus superior und inferior, arytaenoideus transversus und obliquus. Diese letzteren Muskelgruppen bilden den Sphincter internus laryngis.

O. giebt nun von jedem einzelnen Muskel eine detaillirte — hier nicht wiederzugebende — Beschreibung. Er hat in jedem Falle geprüft, ob der Muskel einfach ist oder dazu neigte, sich in mehrere Bündel zu theilen; er hat die Beziehungen zweier Muskeln zu einander und zu den Nachbarorgenen studirt. Dann beschreibt er die Variationen der Insertion und etwaige Anormalitäten.

Finder.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Wladislaus Wróblewski †.

Am 18. April 1906 starb in Warschau im rüstigen Mannesalter (46 Jahre alt) der bekannte Laryngologe Dr. Wróblewski, seit vielen Jahren Vorsteher der Abtheilung für Laryngologie am evangelischen Krankenhause in Warschau. Wróblewski hat im Laufe der zwei letzten Jahrzehnte eine ganze Reihe von Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngorhinologie in polnischer Sprache veröffentlicht. Ein Theil derselben wurde im Archiv für Laryngologie dem deutschen Leser zugänglich gemacht. Wir erwähnen besonders:

1. Ueber Pharynxtuberculose. 2. Ueber acuten Nasenscheidewandabscess. 3. Zur Operationsfrage der Nasenrachenwandtumoren. 4. Ueber Rhinitis caseosa. 5. Empyema acutum Antri Highmori. 6. Ueber Resection der unteren Nasenmuschel.

Wróblewski war eines der eifrigsten Mitglieder der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft, an deren Sitzungen er lebhaften Antheil nahm und in welcher er oft interessante casuistische Fälle demonstrirte. Er war nicht nur ein tüchtiger Laryngologe, sondern auch ein höchst liebenswürdiger College, und sein plötzlicher und unerwarteter Tod wurde überall von seinen Standesgenossen aufrichtig empfunden. R. i. p.!

A. v. Sokolowski.

Bei der böhmischen Universität in Prag ist ein neues laryngologisches Institut errichtet und die Leitung desselben dem a. ö Prof. Dr. O. Frankenberger übertragen worden.

Dr. Ch. Goris (Brüssel) ist zum Ritter des belgischen Leopoldordens ernannt worden.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Dreizehnte Versammlung zu Heidelberg
am Pfingstmontag.

Programm.

Angemeldete Vorträge und Demonstrationen.

1. Herr Gutzmann-Berlin:
   Ueber die Tonlage der Sprechstimme.
2. Herr Kuhn-Cassel:
   Die perorale Tubage (Kuhn) in der Pharyngo-Rhinologie.

3. Herr Killian-Freiburg:
   Kleinere Mittheilungen und Demonstrationen.
4. Herr Seifert-Würzburg:
   Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
5. Herr Dreyfuss-Strassburg:
   Die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberculose.
6. Herr Winckler-Bremen:
   Bakteriologische Befunde bei Nasen- und Rachenaffectionen nebst Schlussfolgerungen für die Praxis.
7. Herr L. Polyak-Budapest:
   a. Hyperämie als Heilmittel bei Erkrankungen der oberen Luftwege,
   b. Handgriff und Kneipzangen für bronchoskopische Zwecke.
8. Herr Mink-Deventer:
   Beiträge zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege.
9. Herr Hansberg-Dortmund:
   Laryngotomie bei angeborener Membranbildung im Kehlkopf.
10. Herr Fischenich-Wiesbaden:
   Syphilis des Nasenrachenraums mit Exitus letalis.
11. Herr Brühl-Schömberg:
   Zur Behandlung der Lungentuberculose in Heilanstalten.
12. Herr Blumenfeld-Wiesbaden:
   Zur Diagnose des tiefsitzenden Pharynxcarcinoms.
13. Herr Schilling-Freiburg:
   Tuberculose des Rachen-Daches.

Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.

Firenze, 20 Aprile 1906.

Caro e Stimato Collega,

Il X Congresso della nostra Associazione avverrà nei giorni di Lunedì, Martedì e Mercoledì, 17, 18 e 19 Settembre in Milano in una Sala del Palazzo Dugnani in Via Manin, N. 2, messo cortesemente a disposizione della nostra Società per detta epoca dall'Onorevole Sindaco di quella illustre Città. Il medesimo Magistrato mi fa sapere che tutti i Soci, muniti della tessera del nostro Congresso, avranno libera entrata ai Civici Musei, e quale ricordo del Comune sarà offerto a ciascuno un esemplare della monografia „Milano nel 1906".

Le ricordo che i Temi scelti per la discussione generale del Congresso di Milano sono i seguenti:

„Sui metodi clinici per l'esame del senso dell'equilibrio nelle affezioni auricolari". — Relatori: Nuvoli dott. Guiseppe; Ostino prof. Giovanni; Rugani dott. Luigi.

„Corpi stranieri nella laringe, trachea e bronchi". — Relatori: De Carli dott. Deodato; Federici dott. Federico; Melzi dott. Urbano; Tanturri dott. Domenico.

I sunti delle relazioni, affinchè possono essere stampati e portati per tempo a cognizione dei Soci, dovranno essere spediti al Segretario della Società, Sig. dott. Ottavio Lunghieri, Via di Città N. 13, Siena, non più tardi del primo Agosto p. v., ed i titoli delle Comunicazioni che ella intende fare al Congresso dovranno essere inviati al Segretario medisimo non oltre il giorno 21 Agosto p. v. Nei prim giorni di Settembre le sarà spedito il programma definitivo del Congresso ed i fogli per le riduzioni ferroviarie.

Die Laryngologie und die allgemeinen internationalen Congresse.

Der Lissabonner Congress, der während seiner Vorbereitungen zu so bedauerlichen Differenzen geführt hat, schliesst leider auch mit keinem hoffnungsvollen Ausblick auf die Zukunft ab. Es ist schwer, sich aus den höflichen und für die genossene Gastfreundschaft dankbaren Berichten, die mir bis jetzt zugänglich gewesen sind, ein richtiges Bild von den Verhandlungen zu machen. Ich sehe ganz von der Unzufriedenheit aller derjenigen Theilnehmer, die ich gesprochen habe, mit den wissenschaftlichen Leistungen ab, und ziehe auch vor, so wenig wie möglich darüber zu sagen, dass einige — glücklicherweise ganz vereinzelte — Laryngologen es trotz der einmüthigen, ihnen bekannten Beschlüsse der laryngologischen und otologischen Welt es für gut befunden haben, Vorträge für die laryngologische Subsection anzumelden. „Esprit de corps“ ist offenbar nicht jedermanns Sache. —

Aber was viel bedauerlicher ist, ist die Thatsache, dass die eigentlich selbstverständliche Forderung nach der Einsetzung eines permanenten Centralbüreau's nicht durchgedrungen ist, „wesentlich infolge der von vornherein ablehnenden Haltung, welche das Organisationscomité in Lissabon einnahm“, wie es in der Berliner klinischen Wochenschrift (14. Mai 1906, S. 659) heisst. Für uns will das bedeuten, dass unsere Stellung bei diesen allgemeinen internationalen medicinischen Congressen, wie bisher, vollständig von der Willkür des betreffenden localen Organisationscomité's abhängig bleibt! — Steht auch nicht zu befürchten, dass sich beim nächsten Congress, der 1910 in Budapest abgehalten werden soll, die unwürdigen Bestimmungen für die laryngologische Abtheilung wiederholen werden, welche den letzten Congress gekennzeichnet haben, so bleibt nichtsdestoweniger die Thatsache bestehen, dass unsere Stellung bei diesen Gelegenheiten eine ganz unsichere und unbefriedigende ist. Es kommt mir wahrlich schwer an, einsehen zu müssen, wie vergeblich die ein Vierteljahrhundert lang fortgesetzten Bemühungen gewesen sind, für unsere Specialität eine würdige und gesicherte Stellung im Rahmen der Gesammtmedicin zu erringen, aber es nützt nichts, seine Augen den Thatsachen zu verschliessen. Wir sind dazu gedrängt, uns eine eigene internationale Organisation zu schaffen und müssen uns jetzt im Jahre 1908 in Wien eine solche gründen. Man verschone uns später mit Vorwürfen über angebliche separatistische Gelüste der Laryngologen!

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Juli. 1906. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Der Herausgeber des British Medical Journal** (London). **Eine Prioritätsfrage. (A question of priority.)** *Brit. Med. Journal. I. p. 937. 1906.*

Unter obigem Titel veröffentlicht der Herausgeber in Form eines Leitartikels, dessen Inhalt im Folgenden kurz wiedergegeben werden soll, einen Beitrag zuder Controverse, die in der Berliner klinischen Wochenschrift bezüglich der Prioritätsansprüche bei der Entdeckung des Kehlkopfspiegels durch Garcia, Türck und Czermak entstanden ist. Prof. Joseph Kohler (Berlin) widersetzt sich den Ansprüchen Garcia's und lässt Türck die Ehre zu Theil werden, der Erfinder der Laryngoskopie zu sein, während er Czermak zugesteht, dass er die Technik verbessert und die klinische Anwendung der Methode verbreitet hat.

Der Herausgeber giebt die Empfindungen wieder, die durch diese Behandlung der Garcia'schen Ansprüche geweckt werden und drückt seine Freude darüber aus, dass Sir Felix Semon durch sein promptes Eingreifen es unmöglich gemacht hat, dass die Collegen in Deutschland sich über das verdienstvolle Werk Garcia's in Unkenntniss oder Missverständniss befinden. In seiner Erwiderung an Prof. Kohler (Berl. klin. Wochenschr. No. 10) giebt Sir Felix Semon einen Ueberblick über die ganze Frage, aus dem man die Ueberzeugung gewinnt, dass Manuel Garcia der wirkliche Erfinder der Laryngoskopie war. Der erste, der in systematischer Weise Untersuchungen an Kranken anstellte, war Türck, obwohl er den Werth der Methode für klinische Zwecke nicht erkannte, während man Czermak das Verdienst zusprechen muss, die Laryngoskopie in die klinische Medicin eingeführt zu haben.

Im Besitz seines Thatsachenmaterials hat Sir Felix Semon keinerlei Schwierigkeiten, sich mit den theoretischen Einwänden Prof. Kohler's über den Grundbegriff eines Prioritätsanspruchs abzufinden und aus Garcia's Originalmittheilung an die Royal Society of London zu zeigen, dass dieser bereits in vollem Maasse die Postulate des hervorragenden Juristen erfüllt hat. Der Heraus-

geber sagt weiter, es müsse Jedem, der mit den Traditionen der Medicin vertraut ist, klar sein, dass Prioritätsansprüche in solchen Dingen sich nicht auf gesetzliche Grundlagen, sondern auf die breitere Basis ethischer Principien stützen. Der ärztliche Gelehrte nimmt kein Patent auf seine Erfindungen, er theilt sie zum Nutzen Aller der Oeffentlichkeit mit. Die einzige Gerechtigkeit, die er von der Nachwelt erwartet, ist, dass der Werth seiner Arbeit eine gerechte Würdigung erfährt; „quasi-legale Fragen der Patentpriorität", Privilegien und deren eventuelle Verletzung sind ihm gleichgültig. Sir Felix Semon hat klar nachgewiesen, dass Garcia eine deutliche Einsicht vom Werth des Laryngoskops besass und dass er völlig der Definition Schopenhauer's entspricht, „dass dem allein die Ehre einer Erfindung zugesprochen werden kann, der eine Wahrheit in ihren fundamentalen Principien erkannt und ihre Folgen klar vor sich sieht".

JAMES DONELAN.

2) Sedziak. **Die Laryngorhinologie und Otiatrie in der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts. (O stanie Laryngologii, rinologii i otyatrii w polsce w XIX. w.** *Nowiny Lekarskie. No. 3. 1906.*

Verf. bespricht eingehend die auf die Laryngorhinologie und Otiatrie bezüglichen und in polnischer Sprache veröffentlichten Arbeiten und charakterisirt näher die Aerzte, die auf diesem Felde gearbeitet hatten (Jurasz, Heryng, Köhler, Pieniazek, Sokolowski, Heymann u. A.) und bespricht den Antheil der Polen an der allgemeinen Entwickelung der Laryngologie überhaupt.

v. SOKOLOWSKI.

3) Hennebert. **Otolaryngologische Rundschau. (Revue d'oto-laryngologie.)** *La Clinique. No. 11. 1905.*

Der Autor stellt nach gewissen eigenen Arbeiten und solchen fremder Specialisten die Operationsregeln fest für die Cur der allgemeinen acuten eitrigen Meningitis, der Facialisparalyse und des Zungenkrebses. Er resumirt ebenfalls die letzten Arbeiten über die Vincent'sche Angina und die Indicationen zur Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose.

PARMENTIER (BAYER).

4) Hennebert. **Allgemeine Medicin und Specialitäten. (Médecine générale et spécialités.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 49. 1905.*

In der Sitzung des Cercle Médical in Brüssel vom 1. September 1905 fordert H. die Specialisten auf, die Kenntniss der allgemeinen Medicin nicht zu vernachlässigen; andererseits führt er an, dass der Specialist häufig im Stande sei, dem Practiker behilflich zu sein, indem er das Auftauchen von Allgemeininfectionen aufspüre.

PARMENTIER.

5) Fynaut. **Die Consultationsstunde für Krankheiten des Mundes und der Zähne am Hospital der „Infirmerie". (A propos de la consultation des maladies de la bouche et des dents à l'Hospice de l'Infirmerie.)** *La Clinique. No. 5. 1905.*

Statistische Arbeit, aus welcher hervorgeht, dass der Autor in 56 Fällen das Somnoform angewandt hat, ohne einen üblen Zufall weder während noch nach der Narkose beobachtet zu haben. Die Anästhesie wird erreicht nach 30 Secunden

oder nach einer Minute mit einer Dosis von 5 ccm und dauert $1-1^1/_2$ Minuten. Der Autor macht darauf aufmerksam, dass gewisse Mundaffectionen mit geistigen und nervösen Störungen coincidiren. BAYER.

6) **Diebold** (Olten). **Ueber einige der häufigsten disponirenden Ursachen der Katarrhe der oberen Luftwege.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 6 und 7. 1906.*

Verf. theilt die Ursachen der Katarrhe des Halses und der Nase in zwei Hauptgruppen ein: I. prädisponirende, II. accidentelle. Die prädisponirenden zerfallen wieder in Unterabtheilungen: 1. in die angeborenen Ursachen a) der Nase und des Halses selbst, enger Bau der Nase, Choanenverschluss, Wolfsrachen, Ozaena, Tonsilla tertia (Chamae- und Leptoprosopie), b) der Beziehungsorgane: constitutionelle Herzschwäche, angeborener Herzfehler, Nierenschwäche, Glycourie; 2. in erworbene Ursachen: a) der Nase und des Halses selbst, traumatische Missbildungen, Infectionen, b) der Beziehungsorgane und allgemeine Ursachen. Letztere zerfallen in drei Gruppen: α) circulatorische, β) nervöse, γ) dyskrasische. Diesen Ursachen unter 2b ist die Arbeit gewidmet.

α) Die circulatorischen Ursachen erzeugen in den oberen Luftwegen mittelst Hyperämie, Blutstasen, erhöhtem Blutdruck Schwellung, durch gehinderten Rückfluss des Venenblutes Transsudation, Störungen im Chemismus der Secrete, Reizung, Katarrhe, wahrscheinlich auch Bindegewebswucherungen. Diese Störungen entstehen namentlich bei torpiden, lymphatischen, dyskrasischen Menschen. Andererseits wirkt die Blutstauung im Sinne Bier's resorbirend, ernährend, schmerzstillend, heilend, vernarbend. Mechanische und thermische Factoren kommen bei diesen Zuständen auch zur Geltung. Arteriosklerose gehört zu den häufigsten Ursachen von Congestion zum Kopf. Nierenleiden wirken mittelst secundärer Herzhypertrophie in derselben Richtung. Schädliche Circulationsstörungen entstehen nach Basch auch durch die sog. Circulationsverschiebungen, welche darin bestehen, dass grosse Gefässgebiete durch physiologische Nervenwirkung zeitweise blutleer werden, z. B. wie die Bauchgefässe, welche fast das ganze Körperblut in sich aufnehmen könnten, sich in den ersten Stunden nach den Mahlzeiten contrahiren, so dass das Blut gegen Kopf und Extremitäten ausweicht, ein Vorgang, welcher sich bei gesunden, nicht aber kranken oberen Luftwegen rasch ausgleicht. Auch Darmtympanie kann Blutleere des Bauches und Blutandrang nach den oberen Luftwegen erzeugen.

β) Die nervösen Ursachen, Neurasthenie, Hysterie, bei welchen nach Martius „die Nervenwege gut eingefahren“ sind, prädisponiren nicht sowohl zu Entzündungen, als zur übertriebenen Empfindung der krankhaften Veränderungen in Hals und Nase. Eine andere Ursache der Einbahnung der Hals- und Nasen-Nervenwege sind die Enteroptosen, Ren mobilis u. a. m. Möglich ist es, und theilweise vielleicht schon mikroskopisch nachgewiesen, dass durch dieses Einfahren, Einbahnen der Nerven allmälig anatomische Veränderungen in denselben auftreten (!). Umgekehrt ist darauf zu achten, ob nicht die Neurasthenie secundär durch chronisches Hals- und Nasenleiden entstanden ist.

γ) Unter den dyskrasischen Ursachen zählt Verf. auf: Anämie, Chlorose, Diabetes, Nephritis und Gicht. Er charakterisirt die Angina urica, lehnt jedoch die grösstentheils veraltete dyskrasische Aetiologie der Halskrankeiten in der französischen Medicin ab. In das dyskrasische Capitel fallen auch die chronischen Magen- und Darmkrankheiten.

Die besprochene Arbeit, welche hier etwas eingehend referirt wurde, weil sie eine Menge allgemeiner Gesichtspunkte von Bedeutung aufstellt, welche man in der specialistischen Praxis leicht übersieht, ist ein theilweiser Auszug aus der grösseren Arbeit Diebold's: „Das Thermalwasser zu Baden (Schweiz) in Hinsicht auf seine Anwendung bei den Erkrankungen der oberen Luftwege", Aarau bei Sauerländer, 1905. — Diebold behandelt in dieser Badeschrift besonders auch die physikalisch-chemischen Eigenschaften des Mineralwassers.

JONQUIÈRE.

7) **G. Reusner. Die vasomotorische Parese als Ursache von Katarrhen der oberen Luftwege und als diagnostisches Hülfsmittel.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

R. proponirt, den Ausdruck „vasomotorische Parese" durch „vasomotorische Labilität" zu ersetzen. Ausserdem glaubt R. sehr häufig Katarrhe der oberen Luftwege bei geschlechtlicher Ueberanstrengung beobachtet zu haben.

P. HELLAT.

8) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Ueber Behandlung und Prophylaxe von durch professionellen Gebrauch der Sprachstimme hervorgebrachte Halsleiden,. (Om Behandling og Forebyggelse af Halsledelser, fremdkaldte ved professionel Brug af Talestemmen.)** *Medic. Selskabs Forhandlinger-Hospitals-Tidende. No. 20. p. 541. 1905.*

Nach einer Uebersicht der wichtigsten Ursachen der professionellen Sprachleiden, insbesondere des unzweckmässigen Gebrauches der Sprechstimme, empfiehlt der Verf. als das beste Mittel, ein System von Sprach- und Athmungsübungen zu benutzen. In 10 Fällen hat er durch diese Methode ein sehr günstiges Resultat erreicht. In verschiedenen dieser Fälle wurde keine locale Behandlung sondern nur Inhalation medicamentöser Lösungen in Sprayform angewandt.

E. SCHMIEGELOW.

9) **T. Hollinger. Aus Nase und Rachen stammende Blutvergiftung. (Blood poisoning emanating from the nose and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Verf. weist besonders auf den Zusammenhang acuter und chronischer rheumatischer Erkrankungen mit Affectionen der oberen Luftwege hin. Er führt Fälle an, in denen chronischer Rheumatismus, der Jahre hindurch allen Behandlungsmethoden trotzte, verschwand, als ein eitriger Process in der Nase und den Nebenhöhlen zur Heilung gelangte. Ebenso gehen tuberculöse Erkrankungen der Lungen und Knochen nach Ansicht des Verf.'s häufig von der Nase aus.

LEFFERTS.

10) **S. J. Kopetzky. Die diagnostische Bedeutung der Kopfschmerzen bei Krankheiten des Ohres, der Nase und Halses. (The diagnostic significance of headache in diseases of the ear, nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1905.*

Kopfschmerzen nasalen Ursprungs entstehen infolge Druckes in den Lymphgefässen der Schleimhaut, die mit den subduralen Lymphräumen in Zusammenhang stehen. Tendenz zu Kopfschmerz besteht auch bei allgemeiner Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. Entzündung der unteren Muschel kann einseitigen Kopfschmerz verursachen; Sinuserkrankung kann zu typischer Hemicranie führen. Einen neuralgischen Charakter haben meist die auf acuten Sinuserkrankungen oder auf acuten Exacerbationen chronischer Empyeme beruhenden Kopfschmerzen; sie treten häufig genau zu derselben Stunde des Tages auf, ohne dass es bisher gelungen wäre, eine Ursache für diese Periodicität zu finden. Diffuse Kopfschmerzen finden sich meist bei den chronischen Empyemen. Es giebt kein Schema der Localisation des Schmerzes je nach der Erkrankung der verschiedenen Höhlen. Verf. zeigt an zwei Zeichnungen die Regionen des intensivsten Kopfschmerzes bei Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses, bei allgemeinen und nervösen Affectionen.

LEFFERTS.

11) **John Sendziak** (Warschau). **Aetiologie und Behandlung der in den oberen Luftwegen vorkommenden Mycosen. (The etiology and treatment of mycosis occurring in the upper respiratory tract.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1905.*

Folgendes sind die verschiedenen in den oberen Luftwegen angetroffenen Mycosen:

1. Mycosis leptothricia — verursacht durch den Leptothrix buccalis.
2. Mycosis sarcinica — verursacht durch eine Sarcinaart.
3. Actinomycosis — bedingt durch den Strahlenpilz.
4. Mycosis aspergillosis — verursacht durch verschiedene Aspergillusarten.
5. Mycosis mucorina — hervorgerufen durch verschiedene Mucorarten.

Diese sind nach einigen Autoren (Cixlinski, Hewelka, Sendziak, Schmiegelow) die Ursache der sogenannten „schwarzen Zunge".

6. Mycosis oidica (Soor) — verursacht durch Oidium albicans.

Verf. giebt eine erschöpfende Darstellung der einzelnen Formen von Mycosis.

EMIL MAYER.

12) **Sendziak. Der jetzige Stand der Frage von der Mycosis der oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Stan obecny wiedzy o grzydicy górnego odcinka drógoddechswych.)** *Nowiny Lekarskie. No. 2. 1906.*

In der Arbeit giebt der Verf. ein Resumé von seinem bereits unter obigem Titel im vorigen Jahre publicirten Aufsatze, welcher im Centralblatte referirt war.

v. SOKOLOWSKI.

13) **W. R. Groves** (Melbourne). **Ein Fall von Actinomycose. (A case of actinomycosis.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1906.*

Bei dem Patienten — einem jungen Mann — fand sich unterhalb des Kiefers eine wallnussgrosse Geschwulst, die Eiter absonderte. In dem Eiter fand man den Strahlenpilz. Heilung trat ein unter Darreichung von Jod. A. J. BRADY.

14) **Einis. Zur Casuistik reflectorischer Erkrankungen nasalen, laryngealen und otitischen Ursprungs. (K kasuistike reflektornich sohelowanii ishodjaschtschich ot onosa ucha i gosla.)** *Wratsch Gaz. No. 7. 1906.*

Mittheilung von 5 Fällen von Asthma, Husten, Gesichtsneuralgie infolge von Nasenaffection und eines Falles von Epilepsie bei Ceruminalpfropf.

P. HELLAT.

15) **W. N. Robertson** (Australien). **Die Behandlung von paroxysmalen Neurosen. (The treatment of paroxysmal neuroses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1906.*

Verf. rechnet unter die paroxysmalen Neurosen, die durch eine endonasale chirurgische Behandlung günstig beeinflusst werden können: Asthma, Heufieber, Angina pectoris, Migräne, Epilepsie und Basedow'sche Krankheit. Von 210 Asthmafällen, die intranasal behandelt wurden, wurden 74 pCt. völlig von ihren Beschwerden geheilt, bei 16 pCt. trat erhebliche Besserung ein. Mindestens die Hälfte der Heufieberpatienten wurde mittels derselben Behandlungsmethoden erheblich gebessert. Bei 13 Fällen von Angina pectoris wurde die Behandlung von der Nase aus stets mit Erfolg angewandt; ebenso waren die Resultate in 6 Fällen von Epilepsie und 4 Fällen von Migräne. Das Hauptprincip der Behandlung besteht in der Beseitigung intranasalen Druckes durch Entfernung von eventuell vorhandenen cystischen Auftreibungen der mittleren Muschel oder von Septumleisten. Ebenso empfiehlt sich die galvanokaustische Aetzung der dem vorderen Ende der mittleren Muschel gegenüberliegenden Septumregion. A. J. BRADY.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Depage. Plastische Chirurgie des Gesichts. (Chirurgie plastique de la face.)** *Congrès français de chirurgie. Paris 1905.*

17) **P. Berger. Die italienische Methode und ihre Anwendung zur Wiederherstellung des Gesichts. (La méthode italienne et ses applications aux restaurations de la face.)** *Ibid.*

18) **Gross. Totale Rhinoplastik nach der italienischen Methode. (Rhinoplastie italienne par la méthode italienne.)** *Ibid.*

19) **Pozzi. Rhinoplastisches Verfahren. (Procédé de rhinoplastie.)** *Ibid.*

20) **Delaunay. Wiederherstellung der Nasenscheidewand. (Restauration de la cloison du nez.)** *Ibid.*

21) **Martin, Motz etc. Plastische Chirurgie des Gesichts. (Chirurgie réparatoire de la face.)** *Ibid.*

Der Bericht Depage's rief eine sehr interessante Discussion hervor. Das Ganze stellt eine inhaltvolle Abhandlung über das Thema dar, in der sich die

interessantesten Details über Plastik, Prothesen etc. finden; es sind auch eine Anzahl von Beobachtungen mitgetheilt und sehr anschauliche Photographien wiedergegeben. Die verschiedenen Abhandlungen nehmen einen Raum von 200 Seiten ein; ihre Lectüre sei dringend empfohlen.

A. CARTAZ.

22) **Harris Peyton Mosher. Die directe Methode zur Correction seitlicher Deformitäten des Nasenbeins. (The direct method of correcting lateral deformity of the nasal bones.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Bei der Correction einer frischen Fractur der Nasenbeine müssen zwei Dinge in Betracht gezogen werden: erstens muss der eine Knochen, der eingedrückt ist, aufgerichtet werden und zweitens muss der andere Knochen vom aufsteigenden Ast des Oberkiefers losgelöst werden, so dass beide Knochen in ihre normale Position zurückgebracht werden können. Dies wird in folgender Weise gemacht: Ein flaches Elevatorium wird in die Nase gebracht, gerade unter dem deprimirten Nasenbein; der Daumen der linken Hand wird gegen das andere Nasenbein gelegt, da, wo es den aufsteigenden Oberkieferast überragt. Während das Elevatorium den ersten Knochen in die Höhe hebt und nach aussen drängt, wird auch der andere Knochen durch den Zug an Haut und Periost gehoben, so dass sein äusserer Rand vom aufsteigenden Oberkiefer freigemacht wird. Während dies geschieht, drückt der Daumen den Knochen in die Mittellinie. Auf diese Weise werden beide Knochen in ihre ursprüngliche Lage gebracht.

EMIL MAYER.

23) **J. Passmore Berens. Eine Operation zur Correction äusserer Deformitäten des Nasenrückens. (An operation for the correction of external deformities of the bridge of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1904.*

Nach Fracturirung der Nasenbeine wird die Zange eingeführt, der Nasenrücken gehoben und das Aeussere der Nase in die gewünschte Form gemodelt. Ist das Septum in ausgedehntem Maasse bei dem Eingriff betheiligt, so wird eine intranasale Einlage eingeführt, anderenfalles werden 3—4 Tage lang kalte Umschläge gemacht. Bisweilen sind Paraffininjectionen indicirt.

EMIL MAYER.

24) **Teresio Sartirana. Beitrag zur chirurgischen Behandlung des eingesunkenen Nasenrückens. (Contributo alla cura chirurgica della depressione del dorso del naso.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. VI. 1905.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Operationsverfahren und berichtet über einen nach seiner Methode mit gutem, durch eine Abbildung illustrirtem Erfolg. Die detaillirte Wiedergabe des eingeschlagenen operativen Verfahrens eignet sich nicht zum Referat.

FINDER.

25) **Martin** (Lyon). **Nasenfracturen mittels des Martin'schen Apparates behandelt. (Fractures du nez traitées par les appareils de Martin.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 13. April 1905.*

In einem Falle handelte es sich um eine Fractur infolge eines Faustschlages, im anderen um eine solche infolge eines Huftrittes.

Verf. rühmt die Leichtigkeit in der Anwendung seiner Apparate und die ästhetische Vollkommenheit seiner Resultate. PAUL RAUGÉ.

26) **John O. Roe. Die Correction von Nasendeformitäten mittels subcutaner Operationen. (The correction of nasal deformities by subcutaneous operations.)** *N. Y. Medical Record. Juli 1905.*

Die der Arbeit beigegebenen Holzschnitte, auf welchen die Patienten vor und nach der Operation dargestellt sind, sprechen besser als alles andere für die Vortrefflichkeit der vom Verf. angewandten Methode. LEFFERTS.

27) **C. F. Welty. Knochentransplantation zur Verbesserung der Sattelnase. (Bone transplantation for the relief of saddle-nose.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1905.*

Verf. zieht einen Vergleich zwischen den Vorzügen von Paraffininjectionen und plastischen Operationen bei Nasendeformitäten; er giebt die Geschichte eines Falles, in dem er ein Knochenstück von der Tibia transplantirte. Eine vollkommene knöcherne Vereinigung wurde nicht erzielt, jedoch blieb das Knochenstück an seiner Stelle. Verf. zieht wegen der Gefahr der Embolie die plastischen Operationen vor; wenn jedoch Paraffin zur Anwendung kommt, so soll nur solches von unter 46° C. angewandt werden. Auch soll man sich einer Spritze mit einem Schraubenstempel bedienen. LEFFERTS.

28) **John O. Roe. Die Beseitigung von Obstructionen und narbigen Zusammenziehungen der Nase mittels der plastischen Methode. (The removal of obstructions and cicatricial contractions of the nose by the plastic method.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juli 1904.*

Vortrag, gehalten vor der XXV. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1903. LEFFERTS.

29) **P. Berger. Wiederherstellung der Nase durch Autoplastik. (Restauration autoplastique du nez.)** *Société de chirurgie. Paris. 20. December 1905.*

Verf. hat in einem Fall von totaler Zerstörung der Nase durch einen tuberculösen Process ein befriedigendes Resultat durch Combination verschiedener autoplastischer Methoden — italienische und indische Methode, Knorpelprothese — erzielt. A. CARTAZ.

30) **Rohmer. Die nach prothetischen Paraffininjectionen in die Nase eintretenden Zufälle von Seiten der Augen. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans le nez.)** *Société de méd. de Nancy. 4. Juni 1905.*

R. theilt eine Beobachtung mit, die eine Patientin betrifft, bei der ein Arzt, um eine sehr ausgesprochene syphilitische Sattelnase zu corrigiren, Paraffininjectionen gemacht hatte. Nach der fünften Injection trat plötzliche Blindheit auf dem linken Auge auf; gleichzeitig zeigten sich Paraffinknollen an der Stirn und auf der Wange.

Verf. beschreibt, wie die Injectionen gemacht werden müssen, um solche Unglücksfälle zu vermeiden. Es handelt sich nicht eigentlich, wie gesagt worden

ist, um eine Embolie der Art. centralis retinae. Die injicirte Substanz dringt in einen der zahlreichen Venenäste, die in die Vena angularis münden, und erreicht bei ihrem Durchgang durch die Orbita die Vena centralis. Es ist leicht zu begreifen, dass ein Paraffingerinnsel, das die ganze Vene bis jenseits der Einmündung der Vena centralis verstopft, auch diese letztere verstopfen und zu einer Thrombose der Vene, aber nicht zu einer Embolie der Arterie führen wird.

A. CARTAZ.

31) **W. Atkinson Wood** (Melbourne). **Ein Fall von Nasendeformität durch Operation und Paraffininjection behandelt. (A case of deformed nose treated by operation and paraffin injection.)** *Intercolonial Med. Journal. 20. Juli 1905.*

Es fehlte der Nasenrücken und der grösste Theil des Septum. Es wurde ein Lappen aus der Stirnhaut gebildet und nach unten geschlagen. Nachträglich wurden drei Paraffininjectionen gemacht und die Gestalt der neugebildeten Nase durch Hebung des Nasenrückens erheblich gebessert.

A. J. BRADY.

32) **Minz. Einseitige Blindheit nach Paraffineinspritzung unter die Haut der Nase. (Odnostaron. slepota posle wpriskiwanije paraffina pod noshu nosa.)** *Chirurgia. Bd. XVII. No. 97. 1905.*

Es handelt sich um eine 25jährige Kranke, welche vor 13 Jahren Lues acquirirt hatte. Im September 1903 wurde die Correction vorgenommen. Nach einem halben Jahre bildete sich wieder eine kleine Einsenkung. Im September 1904 wurde daher eine nochmalige Correction vorgenommen und aus zwei Einstichen etwa $^1/_3$ g Paraffin von 43° Schmelzpunkt injicirt. Nach 3 Minuten stellten sich Schmerzen im linken Auge ein und gleich darnach eine vollständige bleibende Blindheit auf demselben. Ausserdem trat starke Röthung und oberflächliche Nekrose der Nasen- und Stirnhaut auf derselben Seite ein. Aus diesem Umstand und der nachfolgenden Protrusion des Bulbus schliesst M., dass es sich nicht um Embolie, sondern um Thrombosis gehandelt habe.

P. HELLAT.

33) **Woltman. Aus der chirurgischen Landpraxis. (Is senaskoc chirurg. praktiki.)** *Prakt. Wratsch. No. 36. 1903.*

W. verbesserte nach der Gersuny-Stein'schen Methode vier Nasen. Drei gelangen gut; in einem Falle verbreitete sich das Paraffin auf das Auge und die Nasenwurzel. Es musste operativ entfernt werden.

P. HELLAT.

34) **E. Moraweck** und **Gaylord C. Hall. Die Anwendung von Paraffinplatten bei Läsionen der Nase und des Auges. (The use of sheet paraffin in lesions of the nose and eye.)** *The Journal of the American Medical Association. 24. Februar 1906.*

Verff. empfehlen in der Nasenchirurgie die Anwendung von Einlagen aus Paraffinplatten, wie sie die Zahnärzte benutzen, um dem Entstehen von Verwachsungen etc. vorzubeugen. Das Paraffin kann nach den Erfordernissen des betreffenden Falles zurechtgeschnitten werden. Benutzt man reine Instrumente dazu und gebraucht man noch die Vorsicht dazu, die Stücke vor der Einführung abzuschaben, so ist die Anwendung antiseptischer Lösung unnöthig. Verff. geben ge-

naue Angaben über die Anwendung solcher Paraffineinlagen nach galvanokaustischen Operationen, nach submucöser Septumresection, nach Conchotomie, Operation von Leisten etc. Verff. gebrauchen sie in circa 50 pCt. ihrer Fälle.

EMIL MAYER.

35) **W. B. Pusey. Paraffininjectionen. (Paraffin injections.)** *American Practitioner and News. Februar 1906.*

In einem Fall von traumatischer Sattelnase war das Resultat vollkommen; im zweiten Fall handelte es sich um eine syphilitische Sattelnase. Hier war die erste Injection erfolgreich; nach der zweiten jedoch trat Eiterung ein.

EMIL MAYER.

36) **Massei. Lupus der Nase. (Lupus du nez.)** *Revue heb. de laryngologie. No. X. 1905.*

Verf. behandelt die Frage der tuberculösen Erkrankung der Nasenschleimhaut vom Standpunkt der pathologischen Anatomie, Aetiologie und Klinik.

E. J. MOURE.

37) **Hennebert. Totale gummöse Nasenperiostitis bei einem Kinde. (Periostite gommeuse nasale totale chez un enfant.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 21. 1905.*

Der Titel resümirt die Beobachtung. Die Kranke heilte unter einer intensiven specifischen Behandlung. Mittheilung im Cercle méd. von Brüssel am 7. April 1905.

PARMENTIER (BAYER).

38) **M. H. Bell. Nasensyphilis. (Nasal syphilis.)** *Journal Mississippi State Medical Association. Juli 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

39) **W. Scott Renner. Tertiäre Syphilis der Nase und des Pharynx. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 19. März 1904.*

Ein sehr ausführlicher, sich über drei Nummern des Journals erstreckender, mit vielen Literaturangaben versehener, aber nichts Neues enthaltender Aufsatz.

LEFFERTS.

40) **Arthur Ames Bliss. Die Nasenscheidewand bei Kindern. (Nasal septum in children.)** *American Medicine. 4. November 1905.*

Cf. Bericht der XXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905.

EMIL MAYER.

41) **Dieu. Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la cloison nasale.)** *Annales méd. chir. du Centre. Juni 1905.*

Bei einem Patienten mit Roseola fand Verf. das linke Nasenloch völlig durch eine kirschgrosse Geschwulst verschlossen, die vom Septum ausging und an der Basis einen indurirten Saum hatte, der nichts anderes war, als ein Schanker. Heilung unter Calomelinjectionen in zwei Monaten.

A. CARTAZ.

42) **L. H. Pegler** (London). **Die Pathologie, Beziehungen und Behandlung der sogenannten blutenden Septumpolypen. (The pathology, affinities and treatment of so called bleeding polypus of the septum.)** *Lancet. London. November 1905. p. 1455.*

Verf. giebt eine ausgezeichnete und detaillirte Abhandlung über den Gegenstand; sie enthält zahlreiche Abbildungen und stellt einen werthvollen Beitrag zur Literatur dar. Zum Referat nicht geeignet. JAMES DONELAN.

43) **Galpenin. Fall von ungewöhnlich verlaufendem Abscess des Septum nasi. (Slutschai neobitschno protekajuschtschawo abscessa notowai peregorotai.)** *Wratsch Gaz. No. 41. 1905.*

Es handelte sich um einen traumatischen Abscess bei einem 3jährigen Kind, wo der Eiter durch die Oeffnung des oberen Schneidezahnes im Alveolarfortsatze zum Vorschein kam. P. HELLAT.

44) **Otto J. Freer. Verbiegungen der Nasenscheidewand; eine kritische Uebersicht über die Methoden zu ihrer Correction mittels der Fensterresection, nebst einem Bericht über 116 Operationen. (Deflections of the nasal septum; a critical review of the methods of their corrections by the window-resection, with a report of 116 operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. will keine Unterscheidung der Deviationen in solche traumatischen Ursprungs und solche, die auf fehlerhaftes Wachsthum zurückzuführen sind, zulassen; eine Classification soll nur nach der Form der Deviation geschehen. Die Fensterresection ist auch bei Kindern angebracht, wegen der Möglichkeit eines Recidivs muss aber jede Spur von Verbiegung gründlich entfernt werden. Obwohl Verf. niemals nach der Resection ein Einsinken der Nase beobachtet hat, so hält er es doch für gerathen, einen Streifen des Septumknorpels zu erhalten. Der untere Theil der Cartilago quadrangularis bis zum Niveau der Nasenflügel kann ohne Furcht resecirt werden von seinem vorderen unteren Rand horizontal nach hinten bis zum Knochen. Verf. operirt bei liegender Stellung der Patienten, ausser wenn er längs des Nasenbodens operirt; er verwendet Cocainpulver und hält subcutane Injectionen, ausser ganz vorn am Septum, für unnöthig. Der beste Zugang zu der Verbiegung geschieht nicht, wie bei der Killian'schen Methode, durch eine knopflochförmige Oeffnung vorn im Septum, sondern durch Schleimhautincisionen längs der verticalen und horizontalen Leisten. Die Elevatorien sollen dünn, gebogen, das Messer, mit dem die erste Incision gemacht wird, dünn, an der Spitze abgerundet sein. Verf. hat eine Modification der Grünwald'schen Zange angegeben, die mit Leichtigkeit den dicksten Knochen durchschneidet. Zur Tamponade verwendet er Gazestreifen, die mit Bismuth. subnitr. imprägnirt sind. Verf. bezweifelt, dass, wenn irgendwie schwierige Knochenresectionen dabei sind, die Operation in der von Killian angegebenen Durchschnittszeit von 25 Minuten ausgeführt werden kann. EMIL MAYER.

45) **James J. Mroney. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Submucous resection of the nasal septum.)** *Buffalo Medical Journal. August 1905.*

Verf. empfiehlt die Killian'sche Operationsmethode mit Anwendung des von Ballenger angegebenen Messers. EMIL MAYER.

46) **Moritz Weil** (Wien). **Ueber die submucösen Resectionen der Nasenscheidewand.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. XV. H. 3. S. 578.*

Bemerkungen über die Entwickelung und die Technik der submucösen Septumresection. Verf. legt besonderen Werth darauf, jeden Lappen der Mucosa nach Thunlichkeit zu schonen. F. KLEMPERER.

47) **Joseph C. Beck. Neue Instrumente zur submucösen Septumresection.) (New instruments for submucous resection of the septum.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Verf. demonstrirt ein selbsthaltendes Nasenspeculum, eine Infiltrationsspritze, ein keilförmiges Septummesser, einen Dilatator und einen automatischen Meissel.

EMIL MAYER.

48) **John Mc Coy. Zange und Messer zur Anwendung bei submucösen Septumoperationen. (Forceps and knife for use in the submucous septal operation.** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Das Messer hat eine im rechten Winkel zum Griff bewegliche Klinge, die überall scharf ist und mittelst einer kleinen Schraube an ihrem Ende auf jede gewünschte Länge eingestellt werden kann. Das Messer ist für den doppelten Zweck bestimmt, die erste Incision in die Schleimhaut zu machen und ferner für das Durchschneiden des Knorpels, wobei das Instrument den Vortheil hat, dass eine Perforation der Schleimhaut auf der concaven Seite ausgeschlossen ist. Ausserdem wird eine neue Zange beschrieben. EMIL MAYER.

49) **Rockwell A. Coffin. Ein neuer Hohlmeissel für submucöse Operationen in der Nase. (A new gouge for submucous operations in the nose.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 22. Februar 1906.*

Verf. giebt eine genaue Beschreibung des Instrumentes, das ursprüglich für flache Verdickungen im vorderen Theil des Knorpels bestimmt war, dass sich aber auch bei knöchernen Verdickungen am Vomer als nützlich erwiesen hat.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **E. Zuckerkandl. Ueber laterale Rachentaschen bei Lagostomus trichodactylus.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. IX. H. 1. S. 138.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

51) **Ramm** (Melitopol). **Ueber die Zotten der Mundlippen und der Wangenschleimhaut bei Neugeborenen.** *Berner Dissertation. Wiesbaden 1905.*

Luschka beschrieb als Erster ein Tuberculum labii superioris als Theil der Pars villosa mit von der Oberfläche der Schleimhaut aufragenden kegelförmigen

Papillen. Es entsteht so beim Säugling eine Art von Doppellippe, welche das Sauggeschäft erleichtert und sich nach dem Säuglingsalter teleologisch zurückbildet.

JONQUIÈRE.

52) **N. Cholodkovsky. Ueber die Speicheldrüse von Chermes.** *Zeitschr. f. wiss. Insectenkunde. Bd. I. H. 4. S. 167.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

53) **Buschnewitsch. Zur Frage der Speicheldrüsengeschwulst. (K woprosu opucholei aljumnih sheles.)** *Med. Obosr. Bd. 53. p. 150. 1905.*

Alle Speicheldrüsengeschwülste sind nach B. bindegewebigen, epithelialen oder gemischten Charakters.

B. führt einen Fall von gemischter Geschwulst an, welche nach der Operation zum Carcinom sich entwickelte.

P. HELLAT.

54) **Butkewitsch. Zur Frage der Neubildungen in den Speicheldrüsen. (K woprosu o nowoobrasowan. sljumnich sheles.)** *Russk. chirurg. Archiv. p. 294. 1905.*

B. führt aus, dass Speicheldrüsengeschwülste im ganzen selten sind; nach Billroth 1,94 pCt. —

Am häufigsten werden die Parotiden befallen, am seltensten Sublingualis. Die meisten derselben sind gemischten Charakters.

Bei der Operation empfiehlt B. nicht sehr schonend zu sein, schon frühzeitig die ganze Drüse zu entfernen, falls Verdacht auf Malignität vorliegt.

Leider finden wir in dem Aufsatze keine Bemerkungen darüber, wie die Zerstörung resp. die Exstirpation der Parotis auf den Allgemeinzustand wirkt. Diese Frage ist genügend wichtig, um grössere Aufmerksamkeit zu verdienen.

P. HELLAT.

55) **A. W. Peake. Bemerkungen über einen Fall von secundärer Parotitis. (Notes on a case of secondary parotitis.)** *Lancet. 25. November 1905.*

Es handelt sich um einen 88jährigen Mann mit einem Carcinom des Dickdarms. Vier Wochen vor dem Tode begann die linke Parotis anzuschwellen. Diese Schwellung liess bald nach; dann aber trat eine Entzündung der rechten Parotis und Submaxillaris ein. Beim Tode war die rechte Parotis enorm geschwollen, die Haut darüber geröthet.

ADOLPH BRONNER.

56) **O. Eichholz** (London). **Drei Fälle von Verlegung des Ductus submaxillaris. (Three cases of obstruction of the submaxillary duct.)** *Lancet. p. 1174. 1906.*

In dem einen Fall war der Gang verstopft durch ein Haar, das sich der Pat. aus dem Schnurrbart gebissen hatte.

JAMES DONELAN.

57) **Andrea Ruggero. Die Gaumenpapille beim Menschen und den gewöhnlichsten Säugethieren. (La papilla palatina nell'uomo e nei mammiferi più communi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio della gola e del naso. No. IV. 1906.*

Verf. hat Untersuchungen beim Rind, Schwein, Pferd, Hund, Katze, Hasen, Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen aufgestellt. Aus den Untersuchungen

ergiebt sich, dass die Gaumenpapille am grössten und besten bei den Fleischfressern, in zweiter Linie bei den Wiederkäuern und Nagethieren entwickelt ist. Beim Pferd ist sie ebenso wie beim Menschen kaum angedeutet. Die Entwicklung des Organs hält gleichen Schritt mit der des Jacobson'schen Organs. Verf. ist der Ansicht, dass die Gaumenpapille wegen ihres erectilen Gewebes dazu bestimmt ist, die in ihr endigenden Orificien besonders bei bestimmten Gelegenheiten (Wahl der Nahrung) geöffnet zu halten und ferner, dass die Gaumenpapille in Folge dessen die äusserste orale Portion des Jacobson'schen Organs darstellt.

FINDER.

58) **G. Gradenigo. Ueber die motorische Innervation des Gaumensegels. (Sulla innervazione motrice del velo del palato.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall, der seine Annahme, dass das Gaumensegel vom N. vagus innervirt wird, stützen soll. Es handelte sich um einen alten Mann, bei dem im Anschluss an ein seit vier Monaten bestehende schwere rechtsseitige eitrige Otitis media pyämische Symptome auftraten, die auf einen infectiösen Thrombus des Sinus sigmoideus zurückzuführen waren. Der Sinus wurde eröffnet, der Thrombus entfernt. Es bestand kein Anzeichen von Thrombose der Vena jugularis; dagegen war der Bulbus superior der Vena jugularis Sitz eines intensiven eitrigen Processes. Bei dem Patienten trat, während ihn Verf. in Beobachtung hatte, eine complete Lähmung des rechten Stimmbandes ein, das ca. 2 mm von der Mittellinie fixirt war, ferner eine Lähmung der rechten Gaumensegelhälfte; die Zunge wich beim Herausstrecken etwas nach links ab. Der Facialis war ganz intact. Es war also eine Compression der aus dem Foramen jugulare heraustretenden Nerven anzunehmen; auch der Hypoglossus schien in gewissem Masse daran theilzunehmen. Es bestand ferner eine ausgesprochene Lähmung des Sterno-Mastoideus und des Trapezius. Der Geschmack auf der Zungenbasis war erhalten; auch war die Berührungsempfindlichkeit des Pharynx, wenn auch nicht sehr lebhaft, vorhanden.

FINDER.

59) **L. Réthi** (Wien). **Untersuchungen über die secretorischen Vorgänge am weichen Gaumen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1905.*

In einem Vortrage, den R. in der Section für Hals- und Nasenkrankheiten der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran (September 1905) hielt, giebt R. die Resultate seiner experimentellen Untersuchungen über die secretorischen Vorgänge am weichen Gaumen bekannt. Secretorische Fasern der Gaumendrüsen führen nach diesen Untersuchungen sowohl der Sympathicus als auch der N. facialis. Réthi stellte nun den Verlauf dieser Secretionsnerven fest, suchte die Kerne derselben auf, beschäftigte sich mit dem histologischen Bau des weichen Gaumens und untersuchte das Secret selbst. Diese letztere Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen, doch wurden wesentliche Unterschiede in der quantitativen Zusammensetzung der beiden Secretarten, des sympathischen und des Facialissecretes constatirt.

CHIARI.

60) **Brunck** (Berlin). **Die systematische Untersuchung des Sprachorgans bei angeborenen Gaumendefecten in ihrer Beziehung zur Prognose und Therapie.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar-Februar 1906.*

Die wichtigsten Punkte aus den Schlussfolgerungen des Autors sind folgende: Bei jedem angeborenen Gaumendefecte muss nach der Operation oder der Anlegung eines Obturators eine sorgfältige sprachärztliche Untersuchung sowohl in anatomischer wie physiologischer Hinsicht erfolgen. Durch diese Untersuchung kann erst entschieden werden, ob die erfolgte Operation allein genügt, oder ob noch ausserdem Prothesen angewandt werden müssen. Ausser der bekannten sprachärztlichen Therapie müssen bei allen angeborenen Gaumenspalten Athmungsübungen gemacht werden, welche die zum langen Sprechen nothwendige lange Exspiration erzielen.

SEIFERT.

61) **Charles H. Pack. Operation und Behandlung der Gaumenspalte. Mit Bericht über 8 Fälle. (Operation and treatment of cleft palate. With report of 8 cases.)** *Annals of Surgery. Januar 1906.*

Das Alter von 6 oder 7 Jahren ist das beste für die Operation. Die präliminare Tracheotomie ist nothwendig. Verf. operirt in der Rose'schen Kopflage. Die Zunge wird nach vorn gezogen und mittels einer durch ihre Spitze gelegten Zugnaht festgehalten. Die Ränder der Gaumenspalte werden nun beschnitten, ein sehr schmaler Streifen wird entfernt, der an der Basis der Uvula endet, die gespalten wird. Dies stellt eine wichtige Modification dar. Jetzt werden laterale Incisionen gemacht, die hinten beginnen, wobei darauf geachtet werden muss, dass vorn ein breiter Stiel gelassen wird; mit einem gebogenen Elevatorium wird der Schleimhautperiostlappen abgehoben. Die Spannung wird dadurch vermindert, dass die Gaumenapeunorose und die Schleimhaut am hinteren Rand des harten Gaumens durchtrennt wird. Nun werden durch die Ränder der Gaumenspalte Nähte gelegt, diese geknüpft und schliesslich eine feine Naht durch die gespaltene Uvula gelegt. Die Operationsmethode ist im Wesentlichen die von Langenbeck angegebene.

EMIL MAYER.

62) **Dollinger** (Ofen-Pest). **Gaumennaht.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 13. 1906.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

63) **Seidel** (Berlin). **Melanosarkom des harten Gaumens.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 80. 1906.*

Operationsgeschichte eines Falles von Melanosarkom des harten Gaumens und Zusammenstellung von 11 weiteren Fällen aus der Literatur. Die Aspirationspneumonie wird vermieden durch Anwendung einer leichten Morphium-Chloroformnarkose, sitzende Stellung und vorangehende Carotisunterbindung.

SEIFERT.

64) **John J. Kyle. Cyste des Ductus thyreo-glossus. Bericht über einen Fall. (Cyst of the thyro-glossus duct. Report of a case.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Patientin, eine 42jährige Frau, hat zuerst über Schmerzen und Anschwellung

vor vier Jahren geklagt. Zeitweise tritt an der Stelle der Cyste Anschwellung und Empfindlichkeit auf mit einem Bedürfniss zu schlucken, als ob etwas auf der Zungenbasis sässe, bisweilen auch schaumiger Auswurf. Die Cyste besteht 1 bis 2 Wochen, dann verschwindet sie, um in fast regelmässigen Intervallen wieder zu erscheinen. Mit der Zeit wurde das Schlucken immer mehr erschwert und auch Nachts traten Beschwerden auf.

EMIL MAYER.

65) **Hochsinger** (Wien). **Glossitis luetica interstitialis.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde, 14. December 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1906.*

5 Monate altes Kind. Zunge vergrössert, dunkel cyanotisch, in den hinteren zwei Dritteln infiltrirt.

CHIARI.

66) **R. S. Hamilton. Acute Glossitis. (Acute glossitis.)** *Journal of the South Carolina Medical Association. 21. Februar 1906.*

Verf. hat zwei Fälle von acuter parenchymatöser in Abscessbildung ausgehender Entzündung der Zunge gesehen, die beide geheilt wurden.

EMIL MAYER.

67) **W. Dubar. Ein sublingualer Abscess tonsillären Ursprungs. (A sublingual abscess of tonsillar origin.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1906.*

Im vorliegenden Fall lag der Abscess unmittelbar über dem Zungenbein und folgte einem Morcellement der Tonsillen in vier Sitzungen. Der Abscess enthielt ein Wasserglas voll Eiter. Er wurde mittels einer 5 cm langen, in der Medianlinie gelegenen Incision entleert.

LEFFERTS.

68) **Morestin. Angiom der Zunge. (Angiome de la langue.)** *Société anatomique. 15. December 1905.*

Grosser Tumor der Zunge. Abtragung. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um einen Gefässtumor handelte.

PAUL RAUGÉ.

69) **E. Riccioli. Ein seltener Fall von Zungentumor. (Un raro caso di tumore della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Der Tumor sass genau an Stelle der vorletzten Papilla circumvallata des linken Astes des V, das die Papillen an der Zungenbasis bilden. Er hatte die Grösse einer Nuss, war leicht gelappt und zeigte einige kleine Erhabenheiten und Unebenheiten. Der Tumor war mittels eines feinen Stiels am Rande der Papille befestigt, von fast violetter Farbe. Nach dem Ergebniss der histologischen Untersuchung des entfernten Tumors bezeichnet Verf. den Tumor als ein Fibroangioma hypertrophicans pedunculatum.

FINDER.

70) **N. Biagi. Ein Fall von Endotheliom in der Gegend der Zungentonsille und kurze Hinweise über die Pathologie der letzteren. (Un caso di endotelioma nella regione dell'amigdala linguale e brevi cenni sulla patologia di questa.)** *Veröffentlichungen der Otorhinolaryngiatrischen Klinik in Rom (Director Ferrari). Rom 1904.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Pathologie der Zungentonsille. In dem

mitgetheilten Falle fand sich ein nussgrosser Tumor auf der Zungenbasis, der mittels Pharyngotomia lateralis inferior suprahyoidea entfernt wurde; aus der histologischen Untersuchung ergab sich die endotheliale Natur des Tumors.

FINDER.

71) **Nathaniel B. Potter. Der Werth der Virchow'schen glatten Zungengrundatrophie bei der Diagnose der Syphilis. (The value of Virchow's smooth atrophy of the base of the tongue in the diagnosis of syphilis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 8. März 1906.*

Verf. geht von der Lewin-Heller'schen Arbeit aus, deren Inhalt er in kurzem wiedergiebt. Er hat 71 Fälle mit dem Kehlkopfspiegel untersucht, doch war diese Methode durchaus unbefriedigend; mehr Erfolg hatte die Palpation. Patient wurde aufgefordert, die Zunge soweit wie möglich vorzustrecken. Der Untersucher hielt die Zunge mit der linken Hand fest, führte dann den durch einen Gummiüberzug geschützten Zeigefinger der rechten Hand längs des Zungenrückens entlang, bis er die Papillae circumvallatae erreichte; dann wurde die hinter diesen gelegene Region sehr vorsichtig abgetastet. Verf. kommt zu folgenden Resultaten:

1. Eine normale Zungenbasis ist wahrscheinlich von grosser diagnostischer Bedeutung, insofern sie eine alte syphilitische Affection ausschliesst.

2. Eine typische Atrophie der Zungenbasis spricht in den meisten Fällen für Syphilis.

3. Eine mässige oder wenig ausgesprochene Atrophie der Zungenbasis hat wenig diagnostischen Werth.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

72) **Scheiber** (Vöklamarkl). **Ein Beitrag zur Prophylaxe bei Diphtheritis.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Günstige Erfolge von ausgedehnter Präventivimmunisirung, wodurch nicht nur die Gefahr der Erkrankung gebrochen, sondern auch der Epidemie selbst rasch ein Ende bereitet wird.

CHIARI.

73) **K. Zucker** (Genf). **Ueber den Effect des Diphtherie-Heilserums bei wiederholter Erkrankung und Injection.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Von 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten 21 mit unzweifelhafter zweimaliger und 3 mit drittmaliger Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis $5^1/_2$ Jahre. Der Typus der späteren Erkrankung ist kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung. Der Effect der Serumtherapie bei späterer Erkrankung ist derselbe wie bei einer Ersterkrankung.

CHIARI.

74) **R. C. Longfellow. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The diagnosis and treatment of diphtheria.)** *American Medicine Compendium. März 1906.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass durch die Anwendung des Antitoxin die Mortalität auf weniger als 9 pCt. reducirt worden ist. Auch ist die Dauer der

Erkrankung abgekürzt. Es empfiehlt sich, gleich zu Beginn grosse Dosen anzuwenden. Auch bei Verdacht auf Diphtherie sollen mittlere Dosen gebraucht werden, ohne dass man das Ergebniss der pathologischen Untersuchung abwartet.

EMIL MAYER.

75) **J. D. Rolleston. Antidiphtherieserum per os. (Antidiphtherial serum by the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Verf. ist bezüglich der neuerdings von einigen Autoren gerühmten Wirksamkeit des Diphtherieheilserum als Prophylacticum per os sehr skeptisch und glaubt, dass die darauf bezüglichen Schlussfolgerungen sich auf zu wenig Beobachtungen gründen. Dagegen ist der Werth der präventiven Injectionen unbestreitbar.

LEFFERTS.

76) **Theodoroff** (Russland). **Ueber Serumexantheme. (Des exanthèmes postsero-thérapeutiques.)** *Dissertation. Lausanne 1905.*

Einstweilen nicht erhältlich.

JONQUIÈRE.

77) **Lynn S. Beals. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie bei einem 3 Monate alten Säugling. (A case of laryngeal diphtheria in a nursing baby 3 months old.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1906.*

Die Infection erfolgte durch einen älteren an Nasendiphtherie erkrankten Bruder. Die Krankengeschichte ist sehr unvollständig.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **R. Stevani. Ueber die Tonhöhe der Vocale in der italienischen Sprache. (Sull'altezza tonale delle vocali in lingua italiana.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. IV. 1904.*

Ver. ist auf Grund von 100 Untersuchungen zu dem Resultat gelangt, dass zwischen den Ergebnissen, die Hermann für die deutsche Sprache gefunden und denen, die sich ihm selbst für das Italienische ergeben, geringe Unterschiede bestehen.

FINDER.

79) **A. Barth** (Leipzig). **Die Tonhöhe der Sprechstimme.** *Gesellschaft Sächsisch-thüringischer Kehlkopf- u. Ohrenärzte. Sitzung am 17. Februar 1906.*

Die Tonhöhe der Sprechstimme liegt innerhalb dreier Octaven zwischen C und c^2. Alle Untersuchten, darunter eine grössere Zahl Nichtdeutscher aus den verschiedensten Ländern Europas, Männer, Frauen und Kinder, sprechen in c-dur, d. h. ihre Stimme liegt in c, g oder seltener e. Die tiefe Octave C bis c ist selten. Die meisten Männerstimmen liegen auf c bis c^1, die Frauen- und Kinderstimmen auf c^1 bis c^2. Doch kommen nach oben und unten Ausnahmen vor. Diejenigen Stimmen und es sind eine grosse Zahl der Männerstimmen, bei den Frauen vor allem die tiefer liegenden, deren Tonhöhe sich schwer bestimmen lässt, klingen nicht in einem Ton, sondern in zwei, manchmal auch in drei, also in Accorden, welche

sich meist aus c und g, seltener auch mit e zusammensetzen. Also c+g, oder c+e+g u. s. w. Die Frauenstimmen sind nicht meist eine Octave höher als die Männerstimmen, sondern beide treffen sich in der Mehrzahl auf c^1. Bei den Männerstimmen addirt sich dann zum Accord das g, e oder c, bei Frauen das e^1 g oder c^2 hinzu. Nach denselben Gesetzen findet auch das Heben und Senken der Sprechstimme beim gleichen Individuum während des Sprechens (Vortrag), sowie beim eigenthümlichen Singen in der Dialectsprache statt. Die Stimme steigt und fällt in Terzen, Quarten und Quinten zwischen c, e, g, c. Sehr häufig handelt es sich um Accordklänge, bei denen durch Wegfall des tiefsten oder Hinzunahme eines höheren Tones die Stimme steigt, durch Wegfall eines hohen oder Hinzunahme eines tiefen fällt. Also alle Menschen sprachen in c-dur-Harmonie, nur ein weinerlich gestimmter Knabe sprach in moll, bis er sein seelisches Gleichgewicht wiedergefunden hatte. Zwölf untersuchte taubstumme Kinder im Alter von 12 bis 15 Jahren hatten ihre Stimmlage ebenfalls nahe bei c, aber über die Hälfte fielen aus der Harmonie heraus. Ihre Stimmen lagen auf a, h und d! Das Auftreten der harmonischen Accorde wird erklärt durch das Zusammenwirken von Kehlkopf und doppeltem Ansatzrohr, also Verstärkung von Partialschwingungen der Stimmlippen, die auffallende Harmonie in der Sprache der hörenden Menschen wird als von frühester Jugend an erworben betrachtet, da dem menschlichen Ohr Dissonanzen unangenehm sind. AUTOREFERAT.

80) **Brindel. Sprachstörungen infolge einer Juxtapposition der beiden Kieferbögen. (Troubles de la parole par suite d'une juxtaposition des deux arcades dentaires.)** *Société de méd. et de chir. de Bordeaux. 8. December 1905 im Journal de méd. de Bordeaux. 10. December 1905.*

Verf. stellt ein Kind vor mit ausgesprochener nasaler Sprache. Es besteht keine Gaumensegellähmung, jedoch eine Juxtapposition der Kieferbögen. Die Heilung erfolgte durch orthophonetische Uebungen. E. J. MOURE.

81) **G. Hudson Makuen. Bericht und Demonstration zweier interessanter Fälle, der eine eine merkwürdige Kehlkopferkrankung, der andere eine ungewöhnliche Form von Stottern darstellend. (Report and exhibition of two interesting cases; one a curious laryngeal lesion and the other an unusual form of stammering.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Im ersten Fall scheint der linke Aryknorpel dislocirt zu sein; es findet sich dort eine breite Fistelöffnung, die nach unten zwischen jenen und die linke Schildknorpelplatte in das Kehlkopfinnere geht, wahrscheinlich durch den Ventrikel. Unten in dem Fistelgang sieht man deutlich ein Ligament, das ungefähr in gleicher Höhe mit den Stimmbändern ist und das Verf. bisweilen für das linke Stimmband selbst gehalten hat. Das einzige Symptom dieser merkwürdigen Veränderung besteht in einer geringen Heiserkeit.

Im zweiten Fall handelt es sich um die von Wylie beschriebene Sprachstörung, bei der es sich um vergebliche Versuche, mit der natürlichen exspiratorischen Kraft zu sprechen, handelt. In diesem Falle werden fast alle Worte mit der sogenannten „Rückstoss-Phonation" ausgestossen und nur hin und wieder eines

in der normalen Weise, so dass eine im Nebenraum zuhörende Person glauben könnte, dass zwei Personen anstatt einer sprechen.

EMIL MAYER.

82) **Häberlin** (Bern). **Der anatomische Bau des Nervus recurrens beim Kaninchen.** *Berner Dissertation. Berlin 1906.*

Der Nervus recurrens enthält etwa $^2/_3$ grosser markhaltiger Nervenfasern aus dem Centraltheil des Nervus vagus, etwa $^1/_3$ kleiner markhaltiger Fasern aus dem peripheren Theil des Nervus vagus vom Recurrensabgang. Die beiden Fasergruppen verlaufen vom Abgang bis in den periphersten Theil gesondert nebeneinander. Mit dem Laryngeus superior der gleichen und dem Vagus, Laryngeus superior und recurrens der anderen Seite geht er keine Verbindungen ein. Die zwei Drittel grosser Fasern können sowohl motorisch als sensibel sein. Dass sie motorisch sein können, dafür spräche vielleicht das Ueberwiegen derselben im Nervus recurrens insofern, als heute niemand bestreitet, dass der Nerv hauptsächlich motorisch ist und die alte Ansicht, dass grosse Nervenfaserquerschnitte meist motorische Fasern enthalten. Die kleinen Fasern können ebenfalls motorisch oder sensibel sein, obschon letzteres wahrscheinlicher ist. Diese Frage lässt sich mit Hülfe secundärer Degeneration allein nicht entscheiden, wohl aber experimentell auf die bekannte Ausschaltungsweise durch Nervendurchschneidungen. Ob der Vagus nach dem Recurrensabgang Verbindungen mit dem Sympathicus eingeht und auf diesem Wege Reize weiterleitet, oder ob andere Verbindungen vorhanden sind, bleibe dahingestellt oder kann mit Hülfe der secundären Degenerationen der Nerven entschieden werden.

JONQUIÈRE.

83) **Frischauer. Mitralstenose mit Recurrenslähmung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 10. November 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1905.*

Der Fall wird später ausführlich publicirt. — Bei der sich an die Demonstration anschliessenden Discussion spricht Stoerk über die pathologisch-anatomischen Veränderungen am demonstrirten Präparate obigen Falles.

CHIARI-HANSZEL.

84) **G. Gavello. Die Stimmbandlähmungen bei Mitralfehlern. (Le paralisi delle corde vocali nei vizi mitralici.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio, della gola e del naso. No. XI. 1905.*

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die bisher in der Literatur vorhandenen Fälle. Er fügt einen neuen, ein 19jähriges Mädchen betreffenden, hinzu. Pat. verlor eines Morgens plötzlich nach dem Tragen einer schweren Last die Stimme. Sie blieb 10 Tage völlig aphonisch, dann konnte sie mit heiserer Stimme sprechen. Verf. constatirte, als sich Patientin ungefähr $^3/_4$ Jahre nach den ersten Symptomen ihm vorstellte, eine linksseitige Stimmbandlähmung. Die Untersuchung der Brustorgane ergab nichts anderes, als einen Mitralfehler und zwar wahrscheinlich eine reine Stenose mit Dilatation des rechten Ventrikels und des linken Herzohrs.

FINDER.

85) **F. M. Cunningham. Ein Fall von partieller Lähmung des rechten Nervus recurrens infolge Drucks eines Aneurysma des Anfangstheils der rechten A. subclavia. (A case of partial paralysis of the right recurrent laryngeal nerve from the pressuro of an aneurism of the first part of the right subclavian artery.)** *Southern Medical and Surgical Journal. April 1906.*

Da einige Collegen das Bestehen einer Lähmung in diesem Falle bestreiten, andere mit dem Verf. in Bezug auf die Annahme eines Aneurysmas nicht übereinstimmen, so bleibt von dem, was der Verf. vorbringt, nicht viel übrig.

EMIL MAYER.

86) **C. Poli** (Genua). **Ueber den Avellis'schen Symptomoncomplex. (Sulla sindroma di Avellis.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Verf. hat in der Literatur 71 Fälle zusammengestellt, die er folgendermassen gruppirt:

I. Genuine Form.

a) Klassische Hemiplegia pharyngo-laryngea (eigentliches Avellissches Symptomenbild). 18 Fälle.

b) Schulter-Gaumen-Kehlkopflähmung. 9 Fälle.

c) Zungen-Gaumen-Kehlkopf- und Rachenmuskellähmung (Huhlings-Jackson'scher Symptomencomplex). 16 Fälle.

II. Symptomatische oder associirte Form. Darunter werden die Fälle verstanden, in denen sich zu den oben aufgezählten typischen Formen Lähmungen anderer Muskelgruppen cerebralen oder spinalen Ursprungs hinzugesellen. In diesen Fällen ist eins der oben citirten Symptomenbilder gewöhnlich das Anzeichen für eine Affection des Centralnervensystems. Verf. hat 28 derartige Fälle gesammelt.

Ausserdem stellt Verf. noch eine Gruppe atypischer und gekreuzter Fälle auf. Obwohl bisher erst in 9 Fällen anatomisch-pathologische Befunde vorliegen. kann man, so schliesst Verf., doch folgendes schliessen:

1. In den Fällen, in denen der Symptomencomplex in der genuinen Form auftritt, ist der Sitz der Erkrankung peripher und besonders längs des extracraniellen Verlaufs der Nervenstränge und um so näher an ihrem Austrittspunkt aus der Schädelhöhle, je complicirter das Symptomenbild ist.

2. In den Fällen, in denen es sich um eine der anderen oben genannten Gruppen handelt, ist der Sitz der Erkrankung oft, aber nicht immer central und genauer bulbär.

FINDER.

87) **D. Crossby Green. Eine Studie über den Kehlkopf bei Tabes. (A study of the larynx in tabes.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Januar 1906.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Kehlkopfstörungen bei Tabes. Von 60 Fällen, die in 3 Hospitälern untersucht wurden, boten 9 (15 pCt.) Complicationen seitens des Larynx; 6 (10 pCt.) zeigten zweifellose Lähmung eines oder beider Stimmbänder und 7 (12 pCt.) litten an Kehlkopfkrisen. Die einzige beob-

achtete Form der Lähmung war die Lähmung der Abductoren; von den 6 Fällen war 5mal die Lähmung einseitig, einmal doppelseitig. LEFFERTS.

88) **G. Gavello. Ueber Kehlkopfstörungen bei Syringomyelie. (Sui disturbi laringei nella siringomielia.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. 1905.*

Verf. berichtet über den Fall einer 31jährigen Patientin mit einer Nervenaffection, deren klinische Diagnose auf Syringomyelie lautete und bei der folgender Kehlkopfbefund erhoben wurde: das rechte Stimmband stand unbeweglich in Cadaverstellung, das linke blieb während der Respiration in der Mittellinie fixirt, überschritt dieselbe etwas bei Phonationsversuchen. Die linksseitige Posticuslähmung musste neueren Datums sein, da Verf. bei einer vor mehreren Monaten vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung nur die Lähmung des rechten Stimmbandes gefunden hatte. Bemerkt sei, dass die Musculi sternocleidomastoideus und trapezius in diesem Fall kein Zeichen von Lähmung oder Atrophie und Lähmung zeigten.

FINDER.

89) **Gerardo Sgobbo. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopftuberculose mit Ictus laryngis. (Un caso non commune di tuberculosi laringea con ictus laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. I. 1905.*

Pat. ist ein 46jähriger Mann. Seit 2 Jahren wird er alle 14 Tage zur selben Stunde von Schwindel mit vorübergehendem Verlust des Bewusstseins befallen. Seit drei Monaten, seitdem eine endolaryngeale operative Behandlung angefangen hatte, traten die Erscheinungen nur alle Monat auf und bestehen in spastischen Hustenanfällen mit leichten Gleichgewichtsstörungen, Umnebelung des Bewusstseins, chronischen und spastischen Contractionen in dem oberen und dem rechten unteren Glied. Der Husten ist begleitet von starker Congestion im Gesicht und Hervortreten der Augen. Im Larynx finden sich kleine polypöse Excrescenzen auf den Stimmlippen und in der vorderen Commissur. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Stücke ergab, dass es sich um Tuberculose handelte.

FINDER.

90) **John Edwin Rhodes. Ein Fall von hypertrophischer Kehlkopftuberculose mit Demonstration mikroskopischer Präparate von aus dem Larynx entferntem Gewebe. (A case of hypertrophic laryngeal tuberculosis with exhibition of microscopic preparation of tissue removed from the larynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Pat. ist ein 34 Jahre alter Mann, der früher an Gelenktuberculose gelitten hat und jetzt über Heiserkeit klagt. Die Brustuntersuchung ergab nichts Abnormes, im Sputum fanden sich keine Bacillen. Die Taschenbänder waren verdickt, die Aryknorpel desgleichen, in der Interarytenoidgegend ragte eine röthliche papilläre Masse hervor. Beide Stimmbänder waren blass und verdickt. Während des ganzen Verlaufs fanden sich keine Ulcerationen, während monatelanger Beobachtung trat keine Veränderung im Kehlkopf ein. Die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Stückes ergab Riesenzellen und Tuberkelbacillen. EMIL MAYER.

91) **W. G. B. Harland. Diagnostischer und prognostischer Werth einer Halsuntersuchung bei Lungentuberculose. (Diagnostic and prognostic value of an examination of the throat in pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 10. März 1906.*

Die Untersuchung des Halses lenkt bisweilen die Aufmerksamkeit auf eine unvermuthete Lungentuberculose; ist das Bestehen einer solchen bekannt, so giebt die Halsuntersuchung einen werthvollen Anhalt für die Prognose. LEFFERTS.

92) **F. Massei. Ueber einige Punkte der Localbehandlung bei Kehlkopftuberculose. (Su alcuni punti di cura locale della tubercolosi laringea.)** *Gazetta internazionale di Medicina. December 1905.*

Verf. betont, dass uns mit den uns heute zur Verfügung stehenden Mitteln eine Heilung der Tuberculose möglich ist. Er giebt eine gedrängte Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden. Besonders ausführlich behandelt er die endolaryngealen und endotrachealen Injectionen, die er als ein werthvolles Mittel nicht nur gegen Kehlkopf-, sondern auch gegen Lungentuberculose betrachtet. FINDER.

93) **W. Peyre Porcher. Ruhe, ein Factor in der Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Rest in the treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.)** *American Journal of Medical Sciences. September 1905.*

Verf. betont die günstige Wirkung, die man bei Kehlkopf- und Lungentuberculose durch völlige Ruhe erzielt. EMIL MAYER.

94) **Edward D. Sinks. Behandlung der tuberculösen Halsaffectionen. (The treatment of tubercular throat affections.)** *Texas Medical News. Februar 1906.*

Verf. hat sich mit Vortheil Adrenalinsprays (1 : 1000) mit nachfolgendem Spray von Mentholöl bedient. EMIL MAYER.

95) **Collet** (Lyon). **Heliotherapie bei einer tuberculösen Kehlkopferkrankung. (Héliotherapie dans une lésion tuberculeuse du larynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 27. December 1905.*

Es handelt sich um einen 33jährigen Mann mit sehr vorgeschrittener Larynxphthise, die unter dem Einfluss der Heliotherapie in einigen Monaten heilte. Verf. weist auf die Einfachheit und Unschädlichkeit dieser Behandlung hin.

PAUL RAUGÉ.

96) **Geeraert. Ausgebreitete Trachealtuberculose. (Tuberculose trachéale étendue.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. No. 2. 1905.*

Verf. zeigt in der anatomopathologischen Gesellschaft, Sitzung vom 4. November 1904 die Organe eines Tuberculösen vor, unter welchen sich die Trachea beinahe in ihrer ganzen Ausdehnung mit tiefen tuberculösen Läsionen besät zeigt.

PARMENTIER.

f. Schilddrüse.

97) **A. Kocher. Ueber die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen. Ein Beitrag zur Physiologie der Schilddrüse.** *Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 14. S. 359. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

98) **Aeschbacher** (Radelfingen). **Ueber den Einfluss krankhafter Zustände auf den Jod- und Phosphorgehalt der Schilddrüse.** *Berner Dissert. Jena 1905.*

Beschreibung der chemischen Untersuchungsmethoden an 61 Schilddrüsen aus dem Spital in La Chaux de Fonds. Ergebnisse: Das Colloid ist der hauptsächlichste Träger des Jods. Es ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden jodhaltig. Das Jod scheint auch in den Follikelzellen enthalten zu sein. Das dünnflüssige, Vacuolen enthaltende, sich mit Eosin stark färbende Colloid scheint jodreicher zu sein, als das alte concentrirte. Der Jodgehalt ist in Kropfgegenden grösser als in anderen. Die absolute Jodmenge übertrifft diejenige der normalen Schilddrüse, die relative ist beim Kropfe jedoch etwas geringer. Der Phosphorgehalt nimmt bei der einfachen Hypertrophie nicht zu wie bei den Colloidstrumen. Das von Kocher aufgestellte Wechselverhältniss zwischen Jod- und Phosphorgehalt bestätigt sich im Allgemeinen. Die Strumen sind im Kindes- und Greisenalter weniger jodhaltig. Beim weiblichen Geschlecht sind die Schilddrüsen grösser und bedeutend jodhaltiger. Die acuten Infectionskrankheiten bedingen in der Mehrzahl der Fälle eine ausgesprochene Verminderung des Jods. Krankheiten, welche zu Circulationsstörungen führen, bewirken eine deutliche Verminderung des absoluten und des relativen Jodgehalts. Der chronische Alkoholismus scheint, wie auch die histologische Beschaffenheit der Schilddrüse, so auch auf deren Jod- und Phosphorgehalt schädigend einzuwirken. Die medicamentöse Verabfolgung von Jod oder Verbindungen desselben, besonders die innerliche Darreichung des Jodkaliums steigern den Jodgehalt. Andere Ergebnisse siehe Arbeit von Sarbach.

JONQUIÈRE.

99) **Charles H. Mayo. Struma; nebst Bericht über 182 Schilddrüsenoperationen. (Goitre, with a report of 182 operations upon the thyreoid.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1906.*

Die Chirurgie der Schilddrüse hat sich als sehr erfolgreich erwiesen: innerhalb 50 Jahren ist die Mortalität von 40 pCt. auf weniger als 3 pCt. gefallen, bei Kocher beträgt sie nur 2 pCt. Die Mehrzahl der Fälle bei jugendlichen Individuen geht auf medicamentöse Behandlung zurück. Die günstige Wirkung der Sympathicusresection beruht zum Theil darauf, dass die Lymphgefässe durchschnitten werden und so die Schilddrüse drainirt wird. Während der letzten 17 Jahre hat Verf. 182 Fälle operirt; in 9 Fällen erfolgte ein tödtlicher Ausgang. LEFFERTS.

100) **P. East. Behandlung des Kropfes durch Jod und Kampherlösung. (Treatment of goitre by jodine and camphor solution.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Verf. behandelt die Struma mit einer concentrirten Jodtinctur, zu der er

Campher in Lösung hinzusetzt. In 300 Fällen hatte er sehr gute Resultate. Mehrmals wiederholte Pinselungen mit dieser Lösung auf die Struma hatten rapide Abnahme der Schwellung zur Folge und schliesslich kamen auch grosse Strumen gänzlich zum Verschwinden. Nach $1^1/_2$ Jahren war kein Anzeichen von Recidiv vorhanden. Der Effect der Tinctur auf die Haut ist ziemlich stark.

LEFFERTS.

101) **H. H. Fletcher. Medicamentöse Behandlung der Struma. (Medical treatment of goitre.)** *American Medical Compendium. Februar 1906.*

Besonders wirkungsvoll ist Jod, das am besten in Leberthran gegeben wird. Jede ungünstige Nebenwirkung kann durch eine gleich grosse Gabe von Bromkali ausgeglichen werden.

EMIL MAYER.

102) **Max Ballin. Chirurgie der Schilddrüse. (Surgery of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1906.*

Verf. bespricht die chirurgische Behandlung der Entzündungen und der verschiedenen Formen von Neubildungen.

LEFFERTS.

103) **Charles H. Mayo. Die chirurgische Behandlung der Struma. (The surgical treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1906.*

Verf. stützt sich auf ein Material von 200 Fällen und behandelt die ganze Chirurgie der Schilddrüse. Er empfiehlt bei Morbus Basedowii einen Lappen und den Isthmus zu entfernen und, wenn die Symptome recidiviren, auch den unteren Theil des stehengebliebenen Lappens wegzunehmen. In schweren Fällen soll dies bereits bei der ersten Operation gethan werden. Bei harten und unregelmässig gestellten Tumoren soll in Anbetracht der Möglichkeit, dass es sich um maligne Tumoren handelt, frühzeitig operirt werden. Wenn man die Fälle von Morbus Basedowii und malignen Tumoren ausschliesst, so war bei den 200 Operationen nur ein Todesfall.

LEFFERTS.

104) **Robert W. Hardon. Chirurgische Behandlung der Struma. (Surgical treatment of goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1906. N. Y. Medical Journal. 24. Februar 1906.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii günstige Resultate hatte. Seine Folgerungen sind diese: 1. Jeder unregelmässig gestaltete Tumor der Schilddrüse, gleichgültig, wie klein er ist, soll entfernt werden, da einzig so gehofft werden kann, das Leben derjenigen zu erhalten, die einen malignen Tumor haben. 2. Jeder regelmässig gestaltete Tumor der Schilddrüse, der ausser der Deformität andere Symptome verursacht, soll resecirt werden, wenn nach mehrere Monate lang fortgesetzter medicamentöser Behandlung sich keine Besserung zeigt.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

105) **Baron** und **Cunning. Ein Fall von Speiseröhrendivertikel, erfolgreich durch Excision behandelt. (A case of oesophageal pouch successfully treated by excision.)** *Lancet. 8. April 1905.*

Pat. ist eine seit 8 Jahren an Dysphagie leidende Frau. Ihr Aussehen ist das einer an maligner Erkrankung leidenden Person. Eine Anschwellung lässt sich nicht fühlen, doch kann man durch beiderseitigen Druck über der Speiseröhre Gas in die Mundhöhle drücken. Ein dünnes Bougie konnte bis in den Magen eingeführt werden. Man fand auf der linken Seite des Oesophagus eine grosse Geschwulst, die sich als ein Divertikel ergab und die entfernt wurde. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

106) **Walter C. Wood. Ein Fall von Speiseröhrendivertikel. (A case of oesophageal pouch.)** *Brooklyn Medical Journal. Mai 1905.*

Pat. ist eine 53jährige Frau. Bereits vor 5 Jahren war die Diagnose auf ein Oesophagusdivertikel gestellt worden. Vor 2 Jahren Gastrotomie. Pat. befindet sich sehr wohl und ernährt sich durch den Schlauch.

EMIL MAYER.

107) **T. Gerry Morgan. Divertikel der Speiseröhre nebst Bericht eines Falles. (Diverticulum of the oesophagus with report of case.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1905.*

Verf. giebt eine Eintheilung, Symptome, Diagnose und Behandlung der Speiseröhrendivertikel. In zugänglichen Fällen der Cervicalregion sind chirurgische Maassnahmen zur Radicalbehandlung anwendbar; in nicht-chirurgischen Fällen soll man das Divertikel durch Irrigationen rein halten. Es sollen adstringirende und antiseptische Mittel dazu gebraucht werden. Eine geeignete Ernährung ist von grösster Bedeutung. Sorgfältige Auswahl leicht zu schluckender Nahrung, vorsichtiges Essen und Offenhalten der Speiseröhrenpassage durch grade Bougies sind anzurathen.

In extremen Fällen Fütterung durch den Schlauch, eventuell Gastrotomie.

LEFFERTS.

108) **J. Bryant. Myom des Oesophagus. (Myoma of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 6. Januar 1906.*

Verf. berichtet über 2 Fälle; beide betreffen Personen im mittleren Lebensalter. In einem Fall war ausgesprochene Strictur in Folge des Tumors, der 3,2 : 3 : 2,5 cm maass; es bestanden auch Knötchen und Ulcerationen an der Cardia und am Fundus des Magens. Im anderen Fall waren keine klinischen Symptome einer Strictur vorhanden. Beide Fälle wurden gelegentlich der Autopsie zufällig entdeckt.

LEFFERTS.

109) **Lenoble** und **Ottila** (Brest). **Speiseröhrenkrebs mit Durchbruch in die Lunge. (Cancer oesophagien ouvert dans le poumon.)** *Société anatomique. 3. November 1905.*

Es hatte sich in der Lunge ein Hohlraum gebildet, der zu allen Symptomen eines Pneumothorax Anlass gab.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) A. v. Sokolowski, Klinische Vorlesungen über Krankheiten der Athmungsorgane. III. Bd. 1. Theil: **Krankheiten des Brustfells und Mediastinum.** 2. Theil: **Lungenschwindsucht.** 809 Ss. Warschau 1906.

Im Jahre 1902 begann Verfasser, dessen wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der inneren Krankheiten und der Krankheiten des Kehlkopfs allgemein bekannt und wohlgewürdigt sind, sein in grossem Stile angelegtes Werk: „Klinische Vorlesungen über Krankheiten der Athmungsorgane“ herauszugeben.

Ueber den ersten Band, welcher über die Krankheiten der Luftröhre handelte, habe ich schon seiner Zeit an dieser Stelle referirt. Der zweite Band über die Krankheiten der Lunge kam im Jahre 1904 heraus. Der dritte und zugleich der letzte umfasst die Krankheiten des Brustfells und Mediastinum und die Lungenschwindsucht. Nach kurzer Darlegung anatomischer Thatsachen über Mediastinum und Mediastinaldrüsen beschreibt Verf. die verschiedenen krankhaften Processe in dieser Gegend also z. B. Lymphadenitis tracheobronchialis simplex, Neoplasmata etc.

Der grösste Theil dieses Bandes ist der Lungenschwindsucht gewidmet, wobei ein besonderes Capitel über die Schwindsucht des Kehlkopfes resp. des Halses und der Nase und ihrer Heilungsmethoden handelt.

Nachdem Verf. auf die Häufigkeit dieser Combination ($^1/_4$ aller Fälle der Lungenschwindsucht) den Leser aufmerksam gemacht hat, bearbeitet er vor allem eine besondere Art der Lungenschwindsucht, nämlich die von ihm sogenannte Phthisis pseudolaryngea. Sie ist gekennzeichnet durch einseitige Veränderung der Stimmbänder und der hinteren Wand (sog. Excrescentiae). Was nun die Heilmethoden der Schwindsucht im Kehlkopfe betrifft, so legt Verf. das Hauptgewicht auf allgemeine und zwar besonders auf sanatorische hygienisch-diätetische Maassnahmen. Aber auch die locale Behandlung ist unentbehrlich, schon um die krankhaften Veränderungen d. h. Geschwüre, Infiltrate zu entfernen, wobei Verf. die Einstreuung von Jodol in Verbindung mit Cocain (4,0 : 0,2—0,4) und Pinseln mit Carbolmenthol (auf 2,5—5,0:50,0 Glycerini + Spir. vini q. s. ad solut.) empfiehlt. Auch die chirurgische Behandlung sieht Verf. mit Recht skeptisch an und beschränkt deren Anwendung auf Fälle von besonders gutem allgemeinen Zustande und geringen Veränderungen in der Lunge. Als Beweis der grossen Bedeutung dieses Riesenwerkes über die Krankheiten der Athmungsorgane mag die Thatsache dienen, dass dieses Werk von der Kaiserl. Akademie der Wissenschaft in Krakau soeben prämiirt worden ist als die beste polnische medicinische Arbeit in den letzten 5 Jahren. J. Sendziak.

b) C. Jersild, Syphilis im Munde und Schlunde. (Syphilis i Mund og Svälg.) Mit 20 Abbildungen im Text. 52 Ss. Kopenhagen 1905.

Der Verf. hat in dieser Arbeit drei für zahnärztliche Studirende gehaltene Vorträge veröffentlicht.

In der ersten Vorlesung wird Syphilis im Allgemeinen behandelt. In der zweiten Vorlesung werden die syphilitischen Affectionen im Munde und

Schlunde besprochen, während die dritte Vorlesung die Diagnose und Differentialdiagnose behandelt. Die Arbeit ist mit schönen photograpischen Abbildungen versehen. E. Schmiegelow.

---

c) Belgische oto-larnyngologische Gesellschaft.

Ausserordentliche Versammlung. Brüssel, 10. December 1905.

Vorsitzender: J. Lecocq.

I. Vorzeigen anatomischer Präparate.

De Stella (Gent): Osteom des Siebbeins.

Der zweite Fall von Osteom, welchen in dieser Gegend zu operiren der Autor Gelegenheit hatte. Der erste Fall kam bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren zur Beobachtung. Der Tumor nahm die ganze linke Nasenhälfte, den Sin. maxill. und das Cavum pharyngis ein; die Nasomaxillaroperation (ohne Resection der vorderen Wand des Sin. maxill.) war sehr mühsam; trotzdem gelang es, die ganze Geschwulst zu entfernen, welche das Auge verdrängt hatte, ohne in die Orbita durchzubrechen. Der Exophthalmus verschwand nach der Operation vollständig. Beim zweiten Fall handelte es sich um einen 22jährigen jungen Mann, ebenfalls mit Exophthalmus und sehr vorgeschrittener Blindheit. Man konnte einen harten, knöchernen Tumor fühlen, der die ganze Orbita ausfüllte und mit breiter Basis am Siebbein, am Os unquis und Os planum inserirt war. Die sehr einfache Operation bestand diesmal in der Reclination des Auges nach aussen nach einer Incision längs des oberen Orbitalrandes. Der freigelegte Tumor wurde sodann mittelst Hohlmeissels und Hammers entfernt. Im Gegensatz zum vorhergehenden Falle hatte der Tumor die Siebbeinzellen nicht berührt und sich vollständig in der Orbita entwickelt; daraus erklärt sich die rasche Amaurose. Der Autor betont noch die vorzeitige Blindheit, welche die Entwickelung dieser knöchernen Neubildungen nach sich zieht; es ist ein charakteristisches Zeichen und in Fällen von Neuritis optica durch Compression sollte man an orbitäre Knochentumoren denken. Die beste Operationsweise wird immer die nasomaxilläre Methode bleiben.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Blinde, äussere Bronchialfistel, weche der Autor bei einem 5monatlichen Kinde zu spalten Gelegenheit hatte. Die äussere Oeffnung, unterhalb des Kehlkopfes gelegen, hatte eine circa 1 cm breite Oeffnung und gestattete leicht das Einführen eines Bleistiftes. Der Fistelgang, ungefähr von gleichem Durchmesser wie die äussere Oeffnung, war 6 cm lang und endete in einem Blindsack über der Gabelung des Sternocleidomastoideus.

Derselbe: Vorwärtsliegende Siebbeinzelle; interessantes, anatomisches Präparat, welches an der vorderen Seite des Sin. frontal. eine enorme Siebbeinzelle aufweist, die förmlich einen supplementären Sin. frontal. darstellt; diese Zelle hat einen Ausführungsgang in den Hiatus semilunaris mit einer neben und nach innen von der des Sin. frontal. gelegenen Oeffnung. Der Autor betont die Bedeutung der anormalen anatomischen Verhältnisse für die chirurgische Behandlung der Sinusitiden.

Derselbe: Scheidewand im Sinus maxillaris; sehr interessanter Sectionsbefund, welcher den Sin. maxill. durch eine schräg von vorne nach hinten ziehende Scheidewand in zwei Räume getheilt zeigt. Im oberen Raum befand sich das Ostium maxill. und ein accessorisches Ostium. Der untere Raum zeigte keine Communication mit der Nase.

II. Vorzeigen von Instrumenten.

Trétrop (Antwerpen): Taschenapparat für geringvoltige Lampen für die Stadtstromleitung; sehr portativ und nicht voluminöser als ein Buch, ausgezeichnet functionirend, stellt sich Trétrop's neuer Stromreductionsapparat dar; derselbe versorgt nach Belieben Lampen von 4—10 Volt, folglich Salpingoskop, Spiegel von Clar und die verschiedenen Photophoren. Der ganze Apparat wiegt nur 500 g und bildet einen ausserordentlich nützlichen Hülfsapparat überall, wo man über den Stadtstrom verfügt.

III. Kranken-Vorstellung.

Jaumenne: Ein Fall von Oberkieferabtragung wegen Carcinoms.

Fall eines von Dr. Cheval in der Rose'schen Kopflage wegen bösartiger Oberkiefergeschwulst operirten Kranken, ohne vorausgeschickte Tracheotomie. J. macht darauf aufmerksam, dass die letzte Phase der Operation, die Totalentfernung des knöchernen Blocks, sich selten realisiren lässt infolge der ungenügenden Resistenz des Oberkiefers; es wäre eher angezeigt, die Abtragung der Tumoren durch Zerstückelung vorzunehmen und die Ligatur der Carotis ext. behufs Vermeidung der Hämorrhagie auszuführen, wenn sich Metastasen in der Regio carotid. vorfinden.

Discussion:

Auf die Frage Broeckaert's hinsichtlich der Ausdehnung und des Ausgangspunktes des Carcinoms antwortet J., dass dasselbe den ganzen Sinus maxill. eingenommen habe.

Broeckaert ist der Ansicht, dass man nicht immer den ganzen Kiefer reseciren und in gewissen Fällen den harten Gaumen und den Orbitarand schonen solle, und zwar vom ästhetischen Standpunkte aus. Immerhin müssen alle kranken Kiefertheile und ein Theil des gesunden Gewebes entfernt werden; aber gegenwärtig scheine die Totalkieferresection auf die Operationen im Secirsaal beschränkt zu sein. Das sei wenigstens die Ansicht von Fort selbst, nach welchem man sich in jedem einzelnen Falle zu richten habe.

Beco unterstützt diese Anschauungen; es sei nicht blos der ästhetische Standpunkt, welcher zu einer weniger grossen Operation, als die Totalresection darstellt, hinweise, sondern auch ein practischer Zweck. Es ist nicht indifferent für einen Kranken, einen harten Gaumen zu haben oder keinen. Nach Eröffnung des Antrums und Auffindung des Ausgangspunktes der Geschwulst richte man seine Handlungsweise nach den vorliegenden Indicationen ein.

Goris: Stirnsiebbeinmucocele.

Vorstellung einer Kranken, welche seit 8 Monaten am inneren, rechten

Orbitalwinkel Trägerin einer haselnussgrossen Geschwulst war. Die Geschwulst hatte einen bedeutenden Exophthalmus verursacht. Bei der Operation zeigte es sich, dass man es mit einer, einen Theil des Siebbeins und der beiden Stirnhöhlen einnehmenden Mucocele zu thun hatte. Die Operation bestand in der Resection der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand, um das Verkleben der Haut mit dem Knochen zu ermöglichen, den Sinus frontalis durch die Nase zu drainiren und das Siebbein zu entfernen: Heilung in 5 Tagen.

Discussion:

Hennebert hat einen ähnlichen Fall bei einer 50jährigen Frau operirt, welche neben einem bedeutenden Exophthalmus eine starke Hypertrophie der mittleren Muschel darbot. Letztere wurde theilweise entfernt, zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung endotheliomatöses Gewebe. Im Verlaufe der Operation entdeckte Hennebert eine Mucocele der vorderen Siebbeinzellen, welche den Boden des Sinus frontalis zerstört hatten. Der Canal. nasofrontalis war durch Knochengewebe vollständig verlegt, und man musste zur äusseren Drainage greifen. Folgen der Operation normal. H. bestätigt die Seltenheit der Mucocele.

Goris: In der Mehrzahl der Fälle existire kein Symptom von Seiten der Nase; derartige Tumoren entwickelten sich, sei es auf Kosten der Zellen, sei es auf Kosten der Lamina papyracea des Siebbeins.

Derselbe: Rhinoplastik für Nasencarcinom.

Ohne sich bei der Beschreibung der Rhinoplastik aufhalten zu wollen, hat der Autor die Absicht, ein Detail der operativen Medicin hervorzuheben, welches das Einsinken der durch den Stirnlappen gewonnenen membranösen Nase zu verhindern bezweckt. G. versuchte, loszulösen, was vom knöchernen Nasengerüste übrig bleibt und diesen häutigknöchernen Lappen von unten nach oben umzuschlagen mit der Hautfläche nach innen, um dem darauf herabgeleiteten Stirnlappen eine solide Unterlage zu verschaffen.

Broeckaert (Gent): Sinusonasalausräumung. a) für Nasentumoren.

Vorstellung eines 30jährigen, vor Monaten wegen eines die linke Nasenhöhle vollständig verstopfenden Tumors, welcher in den Sinus maxillaris eingedrungen war, operirten Kranken. Derselbe hatte wiederholtes Nasenbluten und die Operation auf natürlichem Wege war wegen der profusen Blutungen unmöglich. Der Tumor hatte seinen Ausgangspunkt im Siebbeinlabyrinth, welches total resecirt wurde nach Abtragung des aufsteigenden Oberkieferastes und des Nasenbeins. Resection der vorderen Wand des Sinus maxill. und der intersinusonasalen Scheidewand. Die rhinoskopische Untersuchung zeigt innen eine geräumige Höhle mit glatten Wänden, hier und da von dünnen adhärenten Krusten bedeckt. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um ein in teleangiectatischer Degeneration begriffenes Fibromyom.

b. Für unilaterale Pansinusitis.

Nach dem vom Autor in der Jahresversammlung vom vergangenen Juni mitgetheilten Verfahren operirten Fall eines an linksseitiger Pansinusitis leidenden Kranken. Ausser den gewöhnlichen Symptomen bestand vor der Operation sehr

heftiger Kopfschmerz, begleitet von Schwindel. Der Frontalsinus zeigte eine Verlängerung nach oben, die aber nicht tief ging; derselbe wurde von seiner unteren Wand aus eröffnet. Resection eines Theils des Orbitalrandes und der vorderen Wand; sehr befriedigendes Resultat in Bezug auf Aesthetik.

c) Für Ozaena.

Vorstellung von zwei Kranken mit prononcirter, typischer Ozaena, wovon der eine durch Ausräumung, der andere durch Ausräumung, combinirt mit Paraffinprothese der Muscheln, geheilt wurde. Augenblicklich ist keine Spur von Geruch mehr vorhanden, obgleich die Operirten seit einigen Wochen keine Nasenausspülungen mehr vorgenommen hatten. Es sind zwar noch einige kleine Krusten vorhanden, besonders bei dem Kranken, dessen Kieferhöhle vollständig eröffnet und curettirt worden, infolge dessen natürlicher Weise keine untere Muschel mehr vorhanden ist. Bei dem anderen wurde die untere Partie der Sinusonasalscheidewand unterhalb der unteren Muschel verschont. Um durch die chirurgische Behandlung die Heilung der Ozaena zu erzielen, kommt es darauf an:

1. Das Siebbein radical zu entfernen;
2. die Keilbeinhöhle gründlich zu curettiren;
3. die mittlere Muschel zu reseciren;
4. die untere Muschel bestehen zu lassen, wenn es gelungen ist, dieselbe vermittelst Paraffininjection zu restauriren, sonst drängt sich deren Radicalabtragung auf;
5. die Kieferhöhle weder zu eröffnen noch zu curettiren, wenn man sich ihrer Integrität versichert hat;
6. die Schleimhaut der inneren Sinusonasalwand vollständig zu entfernen und
7. nöthigenfalls die chirurgische Behandlung dadurch zu vervollständigen, dass man, Guisez's Rathschlägen folgend, Paraffin in Nasenscheidewand und -boden injicirt, um die secundäre Bildung von Krusten zu verhindern.

An der Discussion betheiligen sich Hennebert, Beco, Merckx, Buys, Delsaux, der sich gegen die Erhaltung der unteren Muschel ausspricht, de Ponthièrere, Goris, welcher an die von ihm vor 5 Jahren mitgetheilte Operationsmethode doppelseitiger Polysinusitiden erinnert und welche ein ebenso radicales, wie elegantes Verfahren bilde, um zu gleicher Zeit alle Nebenhöhlen zu operiren, worauf Broeckaert sich als überzeugter Anhänger der Moure'schen Operation ausspricht; in Bezug auf die Incision müsse man diejenige wählen, welche am meisten Licht gewähre, und das bekomme man am besten mit der von ihm empfohlenen Incision, während die Panas'sche ungenügend sei. — Was die Behandlung der Ozaena anbelange, so bestehe er auf der Nothwendigkeit, das ganze Siebbein zu entfernen und den Sin. sphenoid. gehörig zu curettiren. Weit entfernt, die untere Muschel zu entfernen, müsse man dieselbe bewahren, sie sogar vermittelst solider Paraffininjectionen wieder herstellen. Er führt, wie Hennebert, die Localisation der ozaenatösen Krusten auf dem Boden der Nasenhöhle auf das Gesetz der Schwere zurück und erblickt nicht die geringste Schwierigkeit darin, die Entfernung der Intersinusalwand zu beschränken, vorausgesetzt, dass man im Besitze einer guten Hohlmeisselzange sei. Den Gesichtspunkt Delsaux's

bezüglich der Resection der unteren Muschel kann er nicht theilen und versichert, dass die Currettage des Sin. sphenoid. keine Schwierigkeit bereitet. Es genügt zu tamponiren und dann die Blutstillung abzuwarten, um dementsprechend zu handeln.

Derselbe: Abtragung eines fibrösen Nasenrachenpolypen auf transmaxillonasalem Wege.

15jähriger Junge, seit mehreren Jahren Träger eines enormen Nasenrachenfibroms, welches den verschiedensten Behandlungen widerstanden. Der mit breiter Basis am Knochengewölbe inserirte Tumor war solide Adhärenzen eingegangen mit dem Flügel der Flügelbeinapophyse und sandte eine Verlängerung in die rechte Nasenhöhle bis in die Kieferhöhle hinein. Die Geschwulst wurde auf transmaxillonasalem Wege radical entfernt, d. h. durch Resection der vorderen und der ganzen nasalen Wand der Kieferhöhle. Ausgezeichnetes Resultat: am 8. Tage konnte der Operirte die Anstalt ohne jeden Verband verlassen, absolut keine Deformation hinterlassend.

Diese Operation ersetzt sehr vortheilhaft die permanente und temporäre Resection des Oberkiefers, welche die Tracheotomie erheischt und häufig noch die Präventivligatur der Carotis ext.; schliesslich ist noch die Mortalität bei dem alten Verfahren relativ hoch.

Discussion:

Goris: Die Oberkieferresection hat ihre Indicationen; sie ist übrigens keine complicirte Resection und ebenso einfach als eine Fingeramputation. Was die Fälle anbelangt, welche man auf transmaxillonasalem Wege operiren kann, so lässt sich dies auch mit Temporärresection nach vorausgeschickter Tracheotomie ausführen.

Broeckaert theilt nicht die Meinung von Goris in Bezug auf die Einfachheit der Oberkieferresection.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Ein Fall von Tumor am Pharynxdache.

Vorzeigen eines voluminösen Nasenrachenfibroms von einem 15jähr. Jungen. Schwächlich von Gesundheit vereinigte derselbe alle klassischen Symptome des Fibroms: progressive Verlegung beider Nasenhöhlen, Hämorrhagien, wovon besonders eine profus war; breite Insertion des Stiels, harte Consistenz des Tumors. Links war die Nasenhöhle mit fibromatösen Verlängerungen ausgefüllt und ausserdem noch der Sitz eines eitrigen Ausflusses. Der Autor nahm die Entfernung des Tumors auf transmaxillonasalem Wege vor. Bei der Eröffnung der Kieferhöhle strömte unter Druck Eiter aus. Das Innere der Höhle war von zahlreichen Verlängerungen der Neubildung besetzt. Resection der aufsteigenden Apophyse des Nasenbeins und des Os unguis, ferner der äusseren Wand der Nasenhöhle sammt mittlerer und unterer Muschel, worauf der Tumor vom Mund aus gefasst und mittelst der langen Politzer'schen Rugine von seinen Insertionen am Rachengewölbe losgelöst wurde. Nach der Tamponade der Operationshöhle wurden die Wundlippen sorgfältig genäht; Wundheilung einfach und ohne alle Deformation.

IV. Berichte über Localfragen.

Beco und Buys: Ueber die Verbreitung der Otorhinolaryngologie in Belgien.

Die Berichterstatter sprechen auf eine diesbezügliche Anfrage dem Minister der Agricultur den Wunsch aus, die Elemente unserer Specialitäten auf das medicinische Studienprogramm zu setzen, empfehlen in Specialrevuen und in den Journalen der allgemeinen Medicin Vulgarisationsartikel zu veröffentlichen, welche den Zweck haben, die Aufmerksamkeit auf die specielle und allgemeine Prophylaxe der Organe zu lenken, welche uns beschäftigen und eventuell Conferenzen über analoge Themata zu geben, und setzen endlich das Studium einschlagender Fragen oder solcher, welche von den Berichterstattern kaum angedeutet wurden, auf die Tagesordnung nachfolgender Sitzungen der Gesellschaft.

Breyre: Nothwendigkeit des obligatorischen Unterrichts in der Otolaryngologie auf belgischen Universitäten.

B. ladet die Mitglieder der Gesellschaft ein, folgendem Wunsche ihre Unterstützung zu Theil werden lassen zu wollen:

„Angesichts der praktischen Wichtigkeit elementarer Kenntnisse in der Otolaryngologie für den allgemeinen Arzt erscheint es wünschenswerth, dass diese specielle Branche unter die Zahl der Examensgegenstände zur Erlangung des Aerztediploms eingeschrieben werde und warnt dieselben zum Schluss vor der Gefahr, welche aus der Befürwortung einer Vulgarisation der Specialität erwachse, deren Charakter dazu angethan sei, ihren legitim verdienten Namen einer wissenschaftlichen Gesellschaft in den Augen der medicinischen Welt zu compromittiren.“

Nach einer sehr lebhaften Discussion wurde beschlossen.

1. dass die Berichte in extenso gedruckt und ein Exemplar dem Minister der Agricultur eingesandt werden solle;

2. wird der Generalsecretär beauftragt, den Minister zu gleicher Zeit davon zu verständigen, dass die belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft der Meinung sei, dass man auf den Vorschlag einer Vulgarisation der Specialität durch Schaffung von Wandercursen nicht eingehen könne und dürfe.

Diese Tagesordnung wurde beinahe einstimmig von den anwesenden Mitgliedern angenommen.

Nachmittagssitzung im St. Johannes-Hospital.

V. Verschiedene Mittheilungen.

Trétrôp: Nutzen des Katheterismus in der ambulanten Praxis.

T. macht in den Fällen von Kieferhöhlenempyem mit sehr geringen Erscheinungen ziemlich häufig den Katheterismus durch die natürliche Oeffnung; er benutzt dazu einen Katheter analog dem von Ihard, nur etwas dünner, weniger lang und conisch in seiner ganzen Länge; derselbe wird eingeführt mit dem Schnabel nach oben und etwas nach aussen gekehrt 5—6 cm vom Nasenloch entfernt, ungefähr einer fingirten Linie folgend, welche in ihrem unteren Drittel den

von zwei Flächen gebildeten Winkel schneiden würde, wovon die eine unter der Nasenscheidewand, die andere auf dem Nasenrücken verliefe. Eine Rotationsbewegung kehrt den Schnabel alsdann nach unten hinten und ein wenig nach aussen. Die conische Form des Katheters erhält dem Flüssigkeitsstrom seine Stärke bei der Ausspülung mit einer sterilisirten physiologischen oder schwachen Phenosalicyllösung.

Bei engen Nasenhöhlen ist der Katheterismus unmöglich und muss man von Anfang an die Punction vornehmen. Mit Adrenalincocain ist der Katheterismus schmerzlos und ebenso rasch ausgeführt als der der Eustachi'schen Ohrtrompete, er giebt Aufschluss über den Inhalt des Sinus. In ca. 10 pCt. der Fälle kann man den Katheterismus der accessorischen Oeffnung vornehmen, deren Zugang leichter ist. Im Falle von recidivirendem Empyem injicirt T. Sauerstoffwasser, nach vorheriger Entfernung des kranken Zahnes. Wenn innerhalb 8 Tagen keine Heilung oder bedeutende Besserung eingetreten ist, so macht er die Punction durch den unteren Nasengang mit umstimmenden Arg. nitr.-Lösungen, welche ihm und Hennebert ausgezeichnete Resultate geliefert haben; bei Misserfolgen nimmt er die ausgezeichnete Luc'sche Operation vor, welche eine Radicalheilung herbeiführt.

Blondian hält den Katheterismus des Ostium maxill. in der grossen Mehrzahl der Fälle für unmöglich und schreibt diesen Misserfolg der Anschwellung der Nasenschleimhaut zu.

Capart jr. bemerkt, dass das Ostium maxill. kein Loch, sondern ein Canal mit ganz bestimmter Direction sei.

Breyre meint, dass die Resection des Kopfes der mittleren Muschel den Versuchen mit Katheterismus des Sin. maxill. vorauszuschicken sei.

Trétrop gelingt es leicht, den Katheterismus, der nicht schmerzhaft ist und die Kranken nicht erschreckt, auszuführen, ausserdem bilde er noch ein ausgezeichnetes Mittel zur Controlle der Translumination.

Capart jr.: Indicationen zu Operationen bei der Behandlung von Sinusiten.

Cheval räth, die Sinusiten von aussen her zu operiren bei Fällen recidivirender Polypen und Broeckaert schlägt vor, hartnäckige Ozänen auf die gleiche Weise zu behandeln. In der Zeit, wo die Chirurgie der Gesichtshöhlen einen so bedeutenden Aufschwung nimmt, ist es wichtig, zu bemerken, dass

1. die Statistik von Autopsien und die klinischen Arbeiten bislang darthun, dass die spontanen endocraniellen Complicationen von Sinusiten selten vorkommen;

2. zahlreiche Operationen bestätigt haben, dass gewisse Eingriffe, insbesondere am Sin. frontal. nicht ohne gewisse Gefahr sich vornehmen lassen. Die Killian'sche Methode ist in dieser Beziehung über jeden Vorwurf erhaben;

3. die Operationen, welche bis jetzt ausgeführt wurden zur Heilung intracranieller Complicationen von Sinusiten, sehr selten von Erfolg gekrönt waren.

Delsaux ist nicht der Meinung, dass die endocraniellen Complicationen der Gesichtssinusiten so selten vorkommen, als Capart jr. glaubt. Wenn die Statistiken

nur eine kleine Anzahl von Fällen aufweisen, so beweise das nur, dass die Autopsien unvollständig sind und dass man sich nur in den letzten Jahren damit beschäftigt hat, die Sinus bei den Autopsien methodisch zu untersuchen. Ohne Zweifel bieten die curativen Operationen von Sinusiten Gefahren dar, allein diese verringern sich in dem Maasse, als die operative Technik sich vervollkommnet. Endlich werden, wenn die Interventionen keinen brillanten Erfolg aufweisen, hier noch mehr als bei den Warzenfortsatz- und Mittelohrcomplicationen, die Diagnose zu spät gestellt und die Operation zu spät ausgeführt.

Breyre: Wann soll man operiren? Wann nicht? Soll man abwarten, bis offenbare Zeichen von Sinusretention vorliegen?

Broeckaert meint, dass man die gleiche Marschroute zu verfolgen hat, wie bei den Ohrinfectionen.

Capart jr. antwortet, dass auf 100 Ohreiterungen $2^1/_2$ pCt. Todesfälle kommen. Das Gleiche könne man nicht behaupten von denen, welche an Naseneiterungen leiden. In der Trommelhöhle sind die Licht-, Wärme- und Feuchtigkeitsverhältnisse ganz besonders zu befürchten (Macewen); andererseits sind die nicht tuberculösen Ohreiterungen in hervorragendem Maasse operativ heilbar, während die chronischen Naseninfectionen häufig den radicalsten Eingriffen widerstehen.

Capart jr.: Ueber eine seltene Pharynxaffection.

Ein junges, 18jähriges, gesund aussehendes Mädchen erlag in wenigen Stunden einem Coma diabeticum. Zwei Tage vor dem Auftreten der schweren Erscheinungen zeigte sich eine leichte Dysphagie. Man sah am Gaumensegel und am Zäpfchen 20 schneeweisse Flecke; die übrige Schleimhaut erschien normal. Abgeriebene Partikeln dieser runden adhärenten Flecke gaben keine Culturen. In Bezug darauf hat Capart nachgeforscht, welche Beziehungen existiren zwischen Diabetes mellit. und Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten. Er fand, dass gewisse Connexionen bestehen zwischen Diabetes, Furunculose und Nasensinusiten; zwischen Glycosurie und Pharyngitis sicca und Soor; vielleicht bestehen auch Beziehungen zwischen Ictus laryng. (Larynxkrisen) und Diabetes. Man hat ihn ebenfalls Aphasie und Stimmbandlähmung bedingen sehen.

Beim Ohr sind die Furunkeln wahrscheinlich secundär nach Pruritus und die diabetischen Otitiden mit raschen Nekrosen des Warzenfortsatzes verdienen unsere Aufmerksamkeit. Man muss noch die profusen Blutungen erwähnen, welche häufig im Verlauf von am Warzenfortsatz ausgeführten Operationen bei Diabetikern vorkommen.

Trétrôp: Fungöse Oberkiefersinusitis complicirt mit Infraorbitalphlegmonen und purulenter Mittelohrentzündung.

49jähr. Frau, welche linkerseits seit 30 Jahren Eiter ausschnaubt, bricht sich den 1. oberen Backenzahn; in Folge dessen Acutwerden der Sinusitis mit voluminöser Infraorbitalphlegmone. Der behandelnde Arzt incidirt, zieht die Zahnwurzel aus und stellt eine Mundsinusfistel her, durch welche Ausspülungen vorgenommen werden. Drei Wochen später stellt sich auf der gleichen Seite eine eitrige Mittelohrentzündung ein. Da bekommt T. die Kranke zu Gesicht und constatirt die

Existenz einer Infraorbitalfistel mit einer ostitischen Stelle und einer Zahnfistel mit fötider Eitersecretion. Der Allgemeinzustand war entschieden schlecht. Radicaloperation nach Luc. Der Sinus zeigte sich mit harten tumorartigen Fungositäten ausgefüllt. Normaler Verlauf mit rascher Besserung des Allgemeinbefindens.

T. zieht aus dem Fall folgende Lehre: 1. Man kann jahrelang mit einer Maxillarsinusitis behaftet sein, ohne grosse Unannehmlichkeiten; 2. ein banaler Zufall kann ein Aufflackern hervorrufen mit ernsten Complicationen und Gefahr für das Leben des Kranken; 3. die Luc'sche Operation hat von Neuem ihren Werth gezeigt.

Delneuville: Ein Fall von Augencomplication einer Sinusitis sphenoidalis.

Darüber wurde schon anderweitig berichtet.

De Ponthière (Charleroi): Enormer bösartiger Mediastinaltumor mit Compression der Trachea und Uebergreifen auf den Kehlkopf.

62 jähr. Mann mit chronisch-asthmatischem Emphysem leidet seit einigen Wochen an intensiver continuirlicher Dyspnoe; Cyanose und Larynxkrisen, welche sich 2—3 mal wiederholten und nur einige Minuten dauerten mit Bewusstseinsverlust; intensiver Grad von Röcheln und Stimme mit eigenthümlichem Beiklang. Allgemeinbefinden nicht alterirt. Aeusserlich sieht man deutlich den Larynx nach rechts verschoben; nichts Anormales bei der Nasen- und Rachenuntersuchung; der Larynx erscheint gesund, ausser einem, unter dem linken Aryknorpel, hervorspringenden neoplastischen Knoten; es besteht keine Ulceration. Einen intrathoracischen Tumor vermuthend, radiographirte der Autor den Kranken und fand deutlich sichtbar einen enormen Tumor mit höckerigen Conturen, der das Herz nach aussen verdrängte und kindskopfgross war; keine syphilitischen Antecendentien; es wurde keine Behandlung vorgenommen und augenblicklich, 4 Monate nach der Radiographie, ist der Zustand noch der gleiche.

Blandian (Charleroi): Ueber Fremdkörper im Oesophagus.

Nach Beschreibung von vier besonders interessanten Fällen von Oesophagusfremdkörpern, wovon einer tödtlich verlief in Folge Perforation der Aorta machte der Autor folgende Reflexionen:

1. Die Distanz vom Mundeingang zur ersten anatomisch-normalen Verengerung des Oesophagus macht die Entfernung kleiner Fremdkörper mittels des Fingers unmöglich; dieser kann jedoch das für diesen Zweck bestimmte Instrument leiten.

2. die auf diesem Niveau befindlichen Fremdkörper können leicht mit einer gewöhnlichen Kehlkopfzange extrahirt werden.

3. Die Nachbarschaft der Aorta an der 2. Verengerung macht den Katheterismus gefährlich.

Nachdem B. die Häufigkeit von künstlichen Gebissen, die sich in den Oesophagus verlieren, betont hat, geht er auf die Einzelheiten über, welche bei der

radiographischen Untersuchung den Arzt ganz besonders interessiren müssen. Gestützt auf eine schon langjährige Erfahrung empfiehlt er den Gebrauch der Sonde, um den Fremdkörper in den Magen zu stossen, oder die Oesophaguszange, um ihn nach aussen zu befördern. Er führt auch zahlreiche Erfolge an, welche er mit dem Gräfe'schen Körbchen erzielt, besonders bei glatten und sphärischen Körpern. Was die Dauer des Aufenthalts von Fremdkörpern im Oesophagus anbelangt, so findet B. nicht, dass sie ein sehr nachtheiliges Element für die Prognose bilde. Er hat Geldstücke 5—7 Wochen im Oesophagus verweilen sehen, ohne daselbst Läsionen zu verursachen. Bayer.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Februar 1906.

Gräffner zeigt: 1. einen Tabiker, der infolge jahrelangem Gebrauch von Silbernitrat Argyrose erworben hat; der Zahnfleischrand sieht violett aus, die Schleimhaut des harten Gaumens stahlblau und die des Kehlkopfes schmutzig grauroth:

2. einen Fall von Polycythämie mit Milztumor und Cyanose. Die Farbe der Stimmbänder schwankte von Blauroth bis Karmin; ist hervorgerufen durch zahlreiche ektatische Blutgefässe.

Grabower stellt einen Patienten mit traumatischer (Strumektomie) rechtsseitiger Recurrenslähmung vor. Unmittelbar nach der Operation bestand Kurzathmigkeit bei reiner Stimme; am 5. Tage war die Kurzathmigkeit geschwunden und Heiserkeit eingetreten; am 7. Tage constatirte G. eine Recurrenslähmung.

Nach Durchschneidung des Recurrens hat also der M. cricothyreoid. das Stimmband der gelähmten Seite gespannt und dadurch zugleich in die Medianlinie gezogen und sie so lange hier festgehalten, bis er selbst erlahmte, worauf dann das Stimmband in Cadaverstellung ging.

Der M. cricothyreoid. charakterisirt sich functionell als ein Hülfsmuskel des M. vocalis in der Art, dass er mit diesem zugleich arbeitet und nach Ausschaltung des letzteren nur noch kurze Zeit (1—4 Tage) im Stande ist, seine Spannungsfähigkeit auszuüben.

P. Heymann zeigt ein Bild, auf dem die Heilung einer Struma durch blosses Auflegen der Hand seitens Heinrich IV. von Frankreich dargestellt ist.

B. Fränkel: Wem gehört die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie?

F. führt eine Reihe von Autoren an, die die Geburt der Laryngoskopie miterlebt haben und Czermak die Priorität zuschreiben, so Rühle, Lewin, Tobald, Gottstein, Voltolini und Stoerk.

Czermak hat von Türck höchstens das Vorstrecken der Zunge erfahren, die Laryngoskopie kannte er aber schon durch die Garcia'schen Arbeiten. Wenn Türck den Kehlkopfspiegel an Kranken angewendet hat, so ist er darin auch

nicht der erste gewesen (Baumès, Warden). Ohne die von Czermak eingeführte künstliche Beleuchtung würde die Laryngoskopie keine allgemein anzuwendende Methode sein.

Czermak's Erklärung, in der er Türck die Priorität zugesteht, ist allerdings ein dunkler Punkt in der Angelegenheit; aber wenn er dies vielleicht in einer gewissen Befangenheit gethan, er bleibt doch der Erfinder der Laryngoskopie, denn er hat zuerst den Kehlkopfspiegel zum Führer der operirenden Hand gemacht. Türck dagegen hat in seiner ersten Erwiderung gegen Czermak gesagt, dass er nicht allzu sanguinische Hoffnungen von den Leistungen des Kehlkopfspiegels hege.

Damit sollen die Verdienste Türck's nicht geschmälert werden, der sich mit seinem Buche: „Die Klinik der Kehlkopfkrankheiten" zum Vater der klinischen Laryngoskopie gemacht hat.

Die Discussion wird vertagt. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Herr Dr. A. Brindel (Bordeaux) ist in die Zahl der ständigen Mitarbeiter des Centralblatts eingetreten.

„Die Stimme".

Am 1. October wird im Verlag von Trowitzsch und Sohn und unter Redaction der Herren Th. S. Flatau, Karl Gast, Alois Gusinde eine Monatsschrift unter obigem Titel erscheinen, welche sich die Aufgabe stellt, als Centralorgan für Stimm- und Tonbildung, Gesangsunterricht und Stimmhygiene zu dienen. Ihre Arbeitsgebiete werden folgendermaassen bezeichnet: Schulgesang, Kunstgesang. Vortragssprache und Kommando. Physiologie des Gesanges. Stimm- und Tonbildung. Stimmhygiene. Pathologie der Stimme. Musikgeschichte. Kirchengesang. Phonetik. Phonetische Behandlung. Stimmästhetik. Musikalische Acustik. Organisation. Unterrichtsverwaltung. Specielle Schulhygiene. Specielle Methodik. Tonpsychologie. — Wir wünschen dem Unternehmen alles Glück.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, August. 1906. No. 8.

Manuel Garcia †.

Im Morgengrauen des ersten Juli 1906 entschlief sanft im hundert und zweiten Jahre seines Lebens der Vater der Laryngologie, Manuel Garcia.

Seit der Feier seines hundertsten Geburtstages am 17. März vorigen Jahres hatte der Verblichene im Kreise seiner Familie und seiner Freunde sein gewöhnliches ruhiges Dasein geführt. Seine geistigen und körperlichen Eigenschaften waren ihm in vollstem Maasse erhalten geblieben. Nach wie vor nahm er das lebhafteste Interesse an allen Fortschritten der Wissenschaft und Kunst. Ganz besonders interessirten ihn Charlton Bastian's Studien über Heterogenesis. Als Prof. Metschnikoff vor wenigen Monaten einige Vorträge über neuere bakteriologische Fortschritte in London hielt, wünschte er lebhaft, denselben beizuwohnen. Noch vor wenigen Wochen war er bei dem ersten Concert der Philharmonischen Gesellschaft gegenwärtig. Auffallend war nur, wie mir sein Arzt, Dr. Griffith, mittheilte, dass er in den letzten Monaten seines Lebens trotz seines über fünfzigjährigen Aufenthaltes in London allmälig zunehmende Schwierigkeiten empfand, seine Gedanken über tiefere Probleme in englischer Sprache auszudrücken und mit Vorliebe französisch sprach. Dies steht, wie bekannt, im Einklang mit anderen, ähnlichen Erfahrungen.

Abgesehen von einer quälenden chronischen Prostatitis war er frei von den gewöhnlichen Beschwerden hohen Alters. Gesicht, Gehör, Gedächtniss sind ihm bis zum letzten Augenblick erhalten gewesen. Gern und mit rührender Dankbarkeit gedachte er oft der Feier seines hundertjährigen Geburtstages. Zumal dass die Laryngologen ihn als den Vater ihrer Wissenschaft liebten und ehrten, erfüllte ihn mit wahrhaft kindlicher Freude. In allen seinen Aeusserungen über die Feier trat stets die ausserordentliche Bescheidenheit zu Tage, die zu seinen liebenswertesten Eigenschaften gehörte. Glücklicherweise ist ihm die Kenntniss des kürzlichen bedauerlichen Versuches, ihn seines Erfinderrechts zu entkleiden, erspart geblieben! —

Vor einigen Wochen befiel ihn eine Bronchitis, in deren Verlauf plötzlich eine starke Nierenblutung auftrat. Die acuten Erscheinungen gingen vorüber und es schien, als sollte er sich noch einmal erholen. Aber die Organe des greisen Körpers waren erschöpft, das Herz fing an zu erlahmen, die Urinmenge nahm continuirlich ab, und ohne dass sich eigentliche urämische Erscheinungen eingestellt hätten, traten gelegentlich leichte Phantasien auf, die aber stets schnell vorübergingen. Noch am Vorabende seines Todes verliess er auf einige Zeit sein Bett. In der Nacht vom 30. Juni zum 1. Juli war er bei voller Besinnung, erkannte seine Familie und seinen Arzt, schlief ruhig ein und schlief in die Ewigkeit hinüber.

Das Leichenbegängniss fand am 4. Juli statt. Charakteristisch genug hatte er selbst gewünscht, dass dasselbe in aller Stille stattfinden solle und hatte sich alle Blumenspenden verbeten. So war es nur eine winzig kleine Schaar, die dem theuren Manne das letzte Geleit gab: ausser der nächsten Familie der Maler Charles Hallé, ein intimer Freund der Familie, sein Arzt, Dr. Griffith, und der Unterzeichnete.

Als seine letzte Ruhestätte war ein kleiner, privater römisch-katholischer Kirchhof, anstossend an die St. Edward's-Kapelle in Sutton Place bei Woking, gewählt worden. Dort vollzogen sich die Ritualien seiner Kirche. Es war ein herrlicher Sommertag, als über dem Eichensarge, der die Hülle unseres ehrwürdigen Freundes birgt und der die einfache Inschrift trägt: Manuel Rodriguez Garcia, geboren am 17. März 1805, gestorben am 1. Juli 1906, die letzten Gebete gesprochen wurden. Die Thüren des kleinen Kirchleins standen offen, rings herrschte tiefste Stille, nur die Vöglein zwitscherten, als ob sie dem alten Meister der Sangeskunst einen letzten Gruss nachrufen wollten. Dann senkten wir den Sarg in die kühle Erde.

Dort ruht nun die sterbliche Hülle des Vaters der Laryngologie im Frieden schöner englischer Landschaft. Aber was er gewirkt hat, bleibt unvergänglich. Seiner eigenen Kunst ist er ein Lehrer gewesen, wie keiner vor ihm, keiner nach ihm. Millionen leidender Menschen hat seine Erfindung Linderung und Heilung verschafft. Das ist der schönste Ruhm, den ein Sterblicher erreichen kann.

Ruhe sanft, lieber alter Meister! So lange es eine Kunst des Gesanges, eine Wissenschaft der Laryngologie giebt, wird der Name Manuel Garcia mit Ehrfurcht und dankbarer Liebe genannt werden. —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente.

1) **N. E. Vaston. Erfolgreiche Behandlung geschwollener Halsdrüsen durch X-Strahlen. (Enlarged glands of the neck succesfully treated by the x-rays.)** *Lancet. 10. Februar 1906.*

Die 18jährige Patientin litt an Schwellung der Halsdrüsen auf der rechten Seite seit 4 Jahren. Die Drüsen wurden operativ entfernt. In einigen Monaten entstanden wallnuss- und hühnereigrosse Drüsenschwellungen auf der linken Seite. Es wurde nun einige Monate lang Bestrahlung mit X-Strahlen angewandt, und zwar zuerst vier Mal, dann zwei Mal die Woche. Es trat völlige Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

2) **Most** (Breslau). **Zur Topographie und Chirurgie der Halsdrüsentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. 1905.*

Vortr. demonstrirt einen 29jährigen Patienten, bei welchem prälaryngeale tuberculöse Drüsen durch das Ligamentum conicum in das Kehlkopfinnere hinein durchgebrochen waren und chirurgisch entfernt wurden. Ausserdem Hinweis auf die Bedeutung von 1—2 typischen Lymphdrüsen im Retropharyngealraum und auf die Bedeutung der sog. Wangenlymphdrüsen.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Bógoljubow. Vielkammerige branchiogene Cysten des Halses. (Muogopolostnia branchiogennia kisti shei.)** *Medizin. Obosren. Bd. LXIV. 1905.*

B. weist auf die Seltenheit vielkammeriger Kiemencysten hin und theilt einen Fall aus der Klinik von Prof. Rasumowski mit. Es handelte sich um eine 54jährige Frau. Die Geschwulst (Abbildung), sehr umfangreich, bestand bereits 11 Jahre. Operation. Die Cyste bestand aus ca. 23 grösseren und noch vielen kleineren Abtheilungen, welche bröckeligen Inhalt enthielten. Der Autor bespricht die pathologische Anatomie, giebt mikroskopische Abbildungen und erörtert ausführlich die Literatur.

P. HELLAT.

4) **A. N. Mc. Gregor. Erfolgreiche Operation eines grossen Teratoms am Halse bei einem 3 Wochen alten Kinde. (A large teratoma of the neck successfully removed from an infant 3 weeks old.)** *Lancet. 17. Februar 1906.*

Eine faustgrosse Geschwulst bestand seit der Geburt auf der linken Seite; sie war leicht beweglich. Wenn man an dem Tumor manipulirte, so wurde die Athmung erschwert. Nach der Entfernung zeigte sich der Tumor aus cystischen Gebilden zusammengesetzt. Mikroskopisch erwies er sich als von complicirter Natur; er enthielt mesoblastische und epiblastische Elemente und stammte wahrscheinlich von einer abnormen Entwickelung eines oder mehrerer Kiemenbögen. Der Aufsatz ist mit Illustrationen versehen.

ADOLPH BRONNER.

5) **R. Popper. Ueber die Wirkungen des Thymusextractes.** *Sitzungsber. d. k. Acad. der Wissensch. in Wien. Math.-naturw. Cl. CXIV, III. Juni 1905.*

Die nach Injection von wässerigem Thymusextract auftretende Blutdruckssenkung beruht auf der Eigenschaft des Extracts, das Blut in den Gefässen zur

Gerinnung zu bringen, wie dies auch andere Organextracte thun. Nach Aufhebung der Gerinnung durch Blutegelextract kommt nach intravenöser Injection von Thymusextract keine Blutdrucksenkung mehr zu Stande. J. KATZENSTEIN.

6) **Th. Lewis. Die Thymus der Vögel. (The avian thymus.)** *Journ. of physiol. London. Vol. XXXII. p. 40. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **E. W. Sharp. Ein Fall von persistirender versprengter Thymus. (A case of persistent aberrant thymus.)** *Lancet. 19. Februar 1906.*

Eine 24jährige Frau bemerkte seit 13 Jahren eine Schwellung an der linken Halsseite, die sich vom Sternocleidomastoideus bis zum Trapezius erstreckte. Die Geschwulst hatte sehr an Grösse zugenommen. Sie wurde entfernt und erwies sich als eine versprengte Thymusdrüse. Sehr ungewöhnlich war der seitliche Sitz der Geschwulst. ADOLPH BRONNER.

8) **J. Rooth. Tod infolge Vergrösserung der Thymusdrüse. (Death from enlarged thymus gland.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Es handelt es sich um einen 18 Monate alten Knaben, der seit der Geburt an dyspnoischen Anfällen vom Charakter des Laryngismus stridulus litt. Man fand Hyperplasie der Tonsillen und adenoide Vegetationen; das Kind starb jedoch vor dem für die Operation festgesetzten Tag. Bei Eröffnung der Brusthöhle fand man eine vergrösserte Thymus, welche die Bifurcation der Trachea umfasste. Verf. discutirt die beiden zur Erklärung des Thymustodes aufgestellten Theorien: die toxische und die mechanische. Er selbst bekennt sich als ein Anhänger der letzteren. LEFFERTS.

9) **De Carli. Das Adrenalin in der oto-rhino-laryngiatrischen Therapie der Römischen Klinik. (L'adrenalina nella terapeutica oto-rino-laringoiatrica della Clinica di Roma.)** *Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica delle Università di Roma (Director Ferreri). Rom 1904.*

Hervorzuheben aus den Schlusssätzen des Verf.'s ist, dass das Adrenalin in sehr schwacher Dosis bei vielen katarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege sich nützlich erwiesen hat. Als Haemostaticum hilft es nur für den Augenblick und wenn es sich um capilläre Blutungen handelt; in den anderen Fällen folgt oft eine vasoparalytische secundäre Blutung, und man muss dann zu anderen Mitteln greifen. FINDER.

10) **Klotz. Lösliche Quecksilberpräparate zur internen Behandlung der Syphilis. (Soluble preparations of mecury in the treatment of syphilis by the month.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Es wird immer eine Anzahl von Fällen geben, wo die Darreichung des Hg nur per os möglich ist. Verf. hat sich am vortheilhaftesten einer Lösung von Hg. bichlorat. 0,15 in 90 g Wasser bedient. LEFFERTS.

11) **Henry Wallace. Anästhesie in der Halschirurgie. (Anaesthesia in throat surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1905.*

Nach Meinung des Verf.'s giebt die Aethernarkose, und zwar so tief, dass Erschlaffung des Gaumens eintritt, bei Rückenlagerung des Patienten mit etwas niedriger liegendem Kopf die besten Resultate, sowohl was die Sicherheit des Patienten wie die Leichtigkeit der Operation anbetrifft. LEFFERTS.

12) **Chaldecott. Aethylchloridanästhesie. (Ethyl chloride anaesthesia.)** *Brit. med. Journal. 9. December 1905. Proc. Society of Anaesthecics. 1905.*

Mehrere Mitglieder der Gesellschaft discutiren über den Werth des Aethylchlorids als Anaestheticum bei Halsoperationen. E. B. WAGGETT.

13) **B. Gardner. Ein Zungenhalter zum Gebrauch bei Narkose. (A tongue clip for use in anaesthesia.)** *Lancet. 26. August 1905.*

Die Arbeit ist illustrirt. Das Instrument ist angefertigt bei Allen u. Haubury, London. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Literarische Curiosa, die Nase betreffend. (Litteräre Kuriosa angaaende Naesen.)** *Ugeskrift f. Laeger. p. 8. 1906.*

Verf. theilt eine Anzahl curioser Aeusserungen und Auffassungen von der Nase mit, die ihm beim Studium alter Werke aufgefallen sind.

E. SCHMIEGELOW.

15) **P. Tetens Hald. Die Nase in der Literatur. (The nose in literature.)** *Lancet. 27. Januar 1906.*

Verf. führt Stellen aus den Werken alter Schriftsteller an, z. B. aus Tagliacazzi, dem alten Bologneser Chirurgen, illustrirt von Sterne, John Ferrari, Horaz, Rabelais und Anderen. ADOLPH BRONNER.

16) **Edmund D. Spaar. Photophobie; ein nasaler Reflex. (Photophobie; a nasal reflex.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. März 1906.*

Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass ein grelles Licht zum Niesen reizt. Man kann nicht annehmen, dass die das Niesen bewirkende Reizung im Auge selbst ihren Ursprung hat. Das Auge dient nur dazu, den Reiz zum Centralnervensystem zu leiten, von dort wird er durch die sensiblen Fasern des V. Hirnnerven in die Nase und speciell die Region oberhalb der Muscheln und von dort durch Ganglien zu motorischen Nerven geleitet, die in den Thoraxmuskeln endigen. EMIL MAYER.

17) **Francis Hare** (Bristone, Queensland). **Cauterisation der Nasenschleimhaut und paroxysmale Neurosen. (Cauterization of the nasal mucosa and the paroxysmal neuroses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1904.*

Der Ort der Wahl für die Cauterisation ist die Stelle des Septums gegenüber der mittleren Muschel. H. hält das Asthma für eine vasomotorische Neurose; es bildet nur ein Glied in einer langen Reihe von vasomotorischen Neurosen, die in

ihrem Mechanismus mit einander in Zusammenhang stehen. Cauterisation des Septum hat einen restringirenden Einfluss auf die pathologischen vasomotorischen Vorgänge, die dem Mechanismus der Asthmaanfälle zu Grunde liegen. Dysmenorrhoe, Angina pectoris, Epilepsie und Migräne gehören zu den vasomotorischen Neurosen, die durch Cauterisation der Nasenschleimhaut günstig beeinflusst werden.

A. J. BRADY.

18) **Renault. Ueber eine neue Methode zur Behandlung der spastischen Coryza mit oder ohne Hydrorrhoe mittels interstitieller Paraffininjectionen. (Sur un nouveau mode de traitement du coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée par les injections interstitielles de paraffine.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Die bisher gegen diese Affection angewandten Methoden haben bisweilen gute Resultate gegeben, jedoch niemals eine Heilung herbeigeführt. In den 14 vom Verf. mitgetheilten Fällen, die nach Brindel mit interstitiellen Paraffininjectionen behandelt wurden, wurde ein völliges Verschwinden der spastischen Coryza erzielt. Das Verfahren ist anwendbar, wenn die Nasenschleimhaut noch retractil ist; wenn bereits Degeneration und Hyperplasie der Schleimhaut oder Veränderungen nachweisbar sind, durch die die Anfälle erklärt werden können, so ist es contraindicirt.

E. J. MOURE.

19) **Prausnitz** (Hamburg). **Zur Natur des Heufiebergiftes und seines specifischen Gegengiftes.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Die in den Gräserpollen vorhandenen Stärkestäbchen stellen nicht das wirksame Gift dar, denn die durch besondere Manipulationen abscheidbare Pollenstärke ist unwirksam, ebenso giebt es wirksame Pollenkörner, die keine Stärkestäbchen enthalten. Das wirksame Gift lässt sich aus den Pollen durch Aussalzen mit nachfolgender Alkoholfällung gewinnen. Mittheilung der verwendeten Methodik der Antitoxinbestimmung und interessanter Versuche über die Natur des Antitoxins und dessen Bindungsverhältnisses mit dem Toxin, aus denen hervorgeht, dass es sich beim Pollentoxin und Pollantin um ein echtes Toxin und Antitoxin handelt.

ALBANUS (ZARNIKO).

20) **Wolff** (Berlin). **Ueber das Heufieber (Catarrhus aestivus) und über die beabsichtigte Sammelforschung über die Wirksamkeit des Heufieberserums. (Pollantin von Dunbar, Graminol von Weichardt.)** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Nach Ausführungen über die Aetiologie des Heufiebers bittet Verf. zwecks Veranstaltung einer Enquête zur Prüfung des Werthes des Pollantin von Dunbar und Graminol von Weichardt in seinem Aufsatz die Berliner Collegen um Zustellung von Patienten in die Universitätspoliklinik.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Dunbar** (Hamburg). **Aetiologie und specifische Therapie des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26, 28, 29 u. 30. 1905.*

Nach einem Ueberblick über die Geschichte der Erkrankung werden Einzelheiten der ersten Versuche mit der Wirkung von Gräserpollen auf Heufieberkranke mitgetheilt. Chemisch wurde festgestellt, dass das Pollentoxin, das in den Gräser-

pollen enthaltene, auf Heufieberkranke specifisch wirkende Gift ein Toxalbumin ist. Auf Pollentoxin reagirten in Deutschland und benachbarten Ländern, England, Schottland, auch Theilen von Nordamerika, Heufieberkranke gleichmässig mit Anfällen, normale Menschen absolut nicht. Der Herbstkatarrh in Nordamerika verhält sich ätiologisch anders: nicht Gräserpollen, sondern Pollen zweier im August blühender, verbreiteter Pflanzen (Ragweed und Goldenrod — aber auch Pollen von Astern und Chrysanthemum) sind es, auf die Normale und an Frühjahrskatarrh Leidende nicht, prompt dagegen die an Herbstkatarrh Leidenden reagiren. Es giebt eigenthümlicherweise Combinationen, d. h. es reagiren Personen auf beide Arten von Pollen. Verf. selbst, der an Heufieber leidet, bekam auf einer Reise in Nordamerika den dortigen Herbstkatarrh.

Das Pollenantitoxin (Pollantin genannt) wird aus dem Blutserum von Pferden gewonnen, denen Pollentoxin einverleibt wurde. Es war möglich, eine Werthigkeitsbestimmung des Pollantin vorzunehmen, die selbst nach Jahresfrist gleiche Resultate giebt. Besonders empfohlen wird die prophylaktische Anwendung des Pollantin, die es gar nicht zu grossen Anfällen kommen lassen soll, und nur sparsame Anwendung des Mittels. Das flüssige Pollantin ist leicht durch Verunreinigung von Nasen- und Conjunctivalsecret der Zersetzung ausgesetzt, deshalb wird am besten getrocknetes Pollantin, als Pulver, verdünnt mit Milchzucker angewandt. Die Heufieberpatienten müssen während der gefährlichen Zeit Nachts Fenster und Thüren schliessen.

Der Autor hofft, dass es ihm gelingen wird, „die individuelle Disposition der Heufieberpatienten gegenüber dem Pollentoxin und die Beziehungen des Heufiebers zu der Influenza durch einfache, in vitro ausführbare Experimente zu demonstriren“. Zu letzterem sei bemerkt, dass Heufieber oft nach Influenza sich einstellt.

Von Dr. Lübbert wurde ermittelt, „dass von 505 Patienten 299 (59,20 pCt.) Pollantin mit absolut günstigem Ergebniss gebraucht hatten, d. h. während der ganzen Periode von Anfällen ganz verschont blieben. 143 (28,30 pCt.) benutzten Pollantin mit theilweisem Erfolg, 63 (12,5 pCt.) ohne Erfolg“.

ALBANUS (ZARNIKO).

22) **James Sawyer. Heufieber; seine Aetiologie und Behandlung. (Hay fever; its etiology and treatment.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s ist Asheville N. C. ein geradezu idealer Platz für Heufieberkranke.

Die besten Resultate erzielt man durch interne Darreichung von Adrenalinextract zugleich mit localer Adrenalinapplication.

EMIL MAYER.

23) **R. M. Niles. Heufieber. (Hay fever.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Localapplication von Leberthran hat einen entschieden günstigen Einfluss auf Entzündung der Nasenschleimhaut. Man soll dem Patienten einen Zerstäuber in die Hand geben, der Menthol, Phenol und Camphor in Leberthran enthält, mit der Weisung, ihn häufig zu benutzen. Glonoin und Atropin mit Valeriana, Sumbal und Asa foetida combinirt, hat dem Verf. die besten Resultate gegeben. Die

Atropindarreichung soll so lange fortgesetzt werden, bis sich die physiologischen Wirkungen des Atropins zeigen. Inhalationen haben wenig Werth.

EMIL MAYER.

24) **L. Weigert Sterne. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 28. October 1905.*

Indem Verf. sich auf Dunbar's Ausspruch, dass die Pollentoxine durch Alkalien neutralisirt werden, stützt, empfiehlt er Natr. bicarbon. in Pulver oder gesättigter Lösung, entweder allein oder mit Cocainzusatz. Der Anwendung des Mittels kann eine Cocainapplication vorausgehen oder das Natriumbicarbonat kann mit irgend einem Mittel, z. B. Chlornatrium, gemischt werden, so dass seine irritative Wirkung abgeschwächt wird. Er empfiehlt, in leichten Fällen Morgens und Abends, sowie bei Tage, wenn sich die geringsten Symptome zeigen, etwas von dem Pulver schnupfen zu lassen; bei vorgeschrittenen Fällen mit erschwerter Nasenathmung soll die gesättigte Lösung in Sprayform reichlich gebraucht werden.

LEFFERTS.

25) **Chas. H. Knight. Die Serumbehandlung des Heufiebers. (The serum treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 10. März 1906.*

Bisher steht der practische Werth der Serumbehandlung noch nicht fest; es giebt zu viel Fehlerquellen und Irrthümer. Man muss fortfahren, mit dem Serum Versuche anzustellen, da das eine feststeht, dass es keine Schädigungen verursacht.

LEFFERTS.

26) **Richmond Mc. Kinney. Heufieber. (Hay fever.)** *Memphis Medical Monthly. Januar 1906.*

Dunbar's Serum stellt nach Ansicht des Verf.'s noch nicht das Endergebniss unserer therapeutischen Bestrebungen dar; es ist jedoch zu hoffen, dass auf dem von Dunbar eingeschlagenen Wege bald definitive Resultate erzielt werden.

EMIL MAYER.

27) **Robert Levy. Die Dunbar'sche Heufieberbehandlung. (The Dunbar treatment of hay-fever.)** *Colorado Medicine. April 1906.*

Nach L.'s Erfahrungen steht der practische Werth der Dunbar'schen Behandlungsmethode nur zum Theil fest.

EMIL MAYER.

28) **Wiesner** (Prachovic). **Die gegenwärtige Therapie der Nasenblutung.** *Pharmakol. u. Therap. Rundschau. No. 26. 1905.*

Gute Uebersicht über die Therapie des Nasenblutens.

SEIFERT.

29) **H. J. Mulford. Beherrschung der Nasenblutung. (Control of nasal hemorrhage.)** *American Medicine. 23. December 1905.*

M.'s Methode besteht darin, in die die blutende Stelle versorgende Arterie oder in das dieser Arterie angrenzende Gewebe Adrenalin einzuspritzen. Der Arterienstrom trägt dann das Mittel direct in die blutende Region und so kommt eine Gefässverengerung in dieser zu Stande.

EMIL MAYER.

30) E. Escat. **Die schwere Epistaxis bei Arteriosklerotikern. (L'epistaxis grave des artério-scleraux.)** *Presse médicale. 9. September 1905.*

Verf. behandelt in vorliegender Arbeit die Schwierigkeiten, denen man begegnet, wenn es sich um die Stillung einer Blutung arterio-sklerotischen Ursprungs handelt. Bei den gutartigen Blutungen ist der Herd der Blutung fast stets am Locus Kiesselbach oder den durch die Verzweigungen der Art. spheno-palatina gekennzeichneten Punkten. Die Arteria spheno-palatina ist die eigentliche Arterie der Epistaxis. Blutungen, die aus diesen Punkten stammen, sind im Allgemeinen durch Cauterisation mit Argent. nitric., Wasserstoffsuperoxyd etc. zu stillen. Bei der durch Arteriosklerose bedingten Epistaxis dagegen handelt es sicht meist um Blutungen aus den tieferen Aesten und dem Stamm der Art. spheno-palatina anterior. Diese Blutungen sind heftig und ihre Stillung ist schwer, weil die Quelle oft sehr versteckt liegt. Bisweilen gelingt es, die Blutung durch Tamponade zum Stehen zu bringen. E. cauterisirt mit dem rothglühenden Cauter, tamponirt mit Wasserstoffsuperoxyd oder Penghawar.

A. CARTAZ.

31) Grabowski. **Mehrere Fälle von Epistaxis. (Neskotko slutschnew nosowich krowoletschenii.)** *Med. obosren. Bd. LXIII. p. 91. 1905.*

Autor hält für das beste Mittel heisse Wassereingiessungen 38—50° R.

P. HELLAT.

32) Mendini. **Die Behandlung der Epistaxis. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 7. April 1906.*

Verf. empfiehlt die Tamponade mit Gaze, die mit 1 pro mill. Adrenalinlösung mit 10 Theilen Salzlösung gesättigt ist. Die Entfernung des Tampons geschehe nach Einspritzung einer Adrenalin-Cocainlösung.

LEFFERTS.

33) Wendell C. Phillips. **Oedematöser Polyp der unteren Muschel in frühester Jugend. (Edematous polyp of inferior turbinate in extreme youth.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall betrifft einen 8jährigen Knaben.

EMIL MAYER.

34) Walker Downie (Glasgow). **Fall von grossem Nasenpolyp bei einem acht Wochen alten Kinde. (Case of a large nasal mucous polypus in a infant eight weeks old.)** *Glasgow Medical Journal. October 1905.*

Der Polyp kam zuerst zur Beobachtung, als das Kind zwei Wochen alt war. Er wurde entfernt und die mikroskopische Untersuchung bestätigte, dass es sich um einen einfachen Polypen handelte.

A. LOGAN TURNER.

35) Marcano. **Pathologische Histologie der Schleimpolypen im mittleren Nasengang. (Histologie pathologique des polypes muqueux du méat moyen des fosses nasales.)** *Société de biologie. 9. December 1905.*

Die Schleimpolypen sind das Product eines entzündlichen Oedems, das bisweilen mit einer Hyperplasie der Drüsen verknüpft ist und in eine interstitielle elephantiastische Sklerose ausgeht.

A. CARTAZ.

36) **Bartel** (Königsberg i. Pr.). **Das Adenom der Nase.** *Dissert. Königsberg i. Pr. 1905.*

Ein 70 jähriger Mann, der seit 25 Jahren nasenleidend und wiederholt von Nasenpolypen befreit worden war, kam zur radicalen Operation. Die linke Nasenhöhle war mit gewucherten Tumormassen ausgefüllt gewesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein reines Adenom der Nase handelte. Carcinomatöse Partien fanden sich nirgends in dem Tumor.

SEIFERT.

37) **Tichow** (Tomsk). **Chondrome der Nasenhöhle. (Chondromi polosti nosa.)** *Chirurgia. Bd. XVII. No. 98.*

T. beobachtete in seiner Klinik einen sehr eclatanten Fall mit starker Verunstaltung des Gesichtes, welche sich im Verlaufe von 8 Jahren eingestellt hatte. Patientin war 22 Jahre alt.

Die Geschwulst nahm den Ausgang aus dem Siebbein. Durch die Operation liess die Verunstaltung sich nicht beseitigen. Es musste eine Rhinoplastik nach Studenski (mit einer goldenen Unterlage) und hernach noch eine Resection des vorderen Theiles des Alveolarfortsatzes zu kosmetischen Zwecken ausgeführt werden.

Im Anschluss an diesen Fall erörtert T. die Literatur, den pathol. anatomischen Befund und den klinischen Verlauf dieser sehr seltenen Geschwülste.

P. HELLAT.

38) **Dorner** (Pirmasens). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Dissert. Würzburg 1905.*

In dem von Dorner mitgetheilten, in der dermatologischen Klinik in Würzburg beobachteten Falle, der einen 54jährigen Molkereiarbeiter betraf, war ein Trauma als Ursache angegeben. Die Nase war in typischer Weise erkrankt, der Rachen frei geblieben, an den Stimmbändern dagegen deutliche Erscheinungen.

SEIFERT.

39) **Max Toeplitz** und **Henry Kreuelcs** (New-York). **Rhinosklerom. (Rhinoscleroma.)** *American Journal Medical Sciences. Juli 1905.*

Verff. berichten über 2 Fälle, die sie in ihrer Praxis beobachtet haben. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen, die aus Galizien nach den Vereinigten Staaten eingewandert waren. Verff. geben einen Bericht über den mikroskopischen Charakter der Infiltration. Sie sprechen die Ansicht aus, dass man noch weitere Forschungen abwarten müsse, bevor man es als sicher annehme, dass die Erkrankung durch die im Gewebe gefundenen Bacillen verursacht wird.

A. LOGAN TURNER.

40) **Ernst Danziger. Zwei Fälle von Rhinosklerom. (Two cases of rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um zwei in Australien geborene Frauen von 37 resp. 50 Jahren.

EMIL MAYER.

41) **Buschke** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Rhinosklerom.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Bei der 34jährigen Patientin, die schon auf der Mikulicz'schen und Neisser-schen Klinik behandelt wurde wegen der Affection an der Nase, an Oberlippe und

im Rachen, zeigt sich jetzt die Nase frei, nur noch im Rachen finden sich charakteristische Veränderungen.

ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Z. Donogány** und **Z. von Lénárt** (Budapest). **Primärer Krebs der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XV. Heft 3. S. 586.*

Bericht über 7 auf der Navratil'schen Abtheilung beobachtete Fälle. Auf Grund der genauen histologischen Untersuchung dieses Materials und des Studiums der einschlägigen Literatur theilen die Verff. die Krebse der Nase in Plattenepithel-, Cylinderepithel- und basalzellige Krebsen ein. — Die Plattenepithelkrebse bestehen aus platten, stachligen Zellen, die als solche verhornen; die grössere Mehrzahl der mitgetheilten Fälle führt diesen Namen. Die Cylinderepithelkrebse bestehen aus cylindrigem, oft wimperhaarigem Epithel; sie kommen schon in geringerer Anzahl vor. Die basalzelligen Krebse, welche aus nicht differenzirten, chromatinreichen Basalzellen von embryonalem Charakter bestehen, können, je nachdem die Zellen solide Zapfen oder drüsenartige Gebilde oder Schläuche etc. bilden, in solide, adenoide oder cystische basalzellige Geschwülste eingetheilt werden; zu diesen gehören die Mehrzahl der von den Verff. beobachteten Fälle sowie auch viele, die in der Literatur als Carc. medullare, epitheliale, Adenocarcinoma bezeichnet sind. Die Plattenepithelkrebse gehen von der vorderen Partie der Nase aus oder sind aus einem metaplastischen Process hervorgegangen; die Cylinderepithelkrebse entstammen dem Naseninneren und zwar gehen sie von der Oberfläche oder dem die Drüsen auskleidenden Cylinderepithel aus; die basalzelligen Krebse endlich nehmen von den basalen Zellen ihren Ursprung. — Die Besprechung der Diagnose, Prognose und Behandlung des Nasencarcinoms bilden den Schluss der Arbeit.

F. KLEMPERER.

43) **Charles L. Minor. Maligne Nasenerkrankungen nebst Bericht von Fällen. (Malignant disease in the nose with report of cases.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Verff. theilt vier Fälle im Detail mit. Er plaidirt dafür, jeden zur Beobachtung kommenden Fall von maligner Erkrankung des Naseninnern zu veröffentlichen, so dass wir mit der Zeit in die Lage kommen, auf Grund des vorliegenden Materials allgemeine Gesichtspunkte aufzustellen. Bisher sind ca. 60 authentische Fälle von Carcinom und 150 von Sarkom mitgetheilt. Der grössere Theil dieser Publicationen ist so dürftig, dass man sie schwer verwerthen kann. Auch sollten stets die Recidive nachträglich auf das Genaueste mitgetheilt werden.

EMIL MAYER.

44) **J. Broeckaert. Siebbeinendotheliom. Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung bösartiger Tumoren der Nase und deren Adnexe. (Endothéliome ethmoïdal. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs malignes du nez et de ses annexes.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 3. 1905. Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 2. Fasc. 1905.*

20jähriger junger Mann, starker Exophthalmus rechts; Chemosis. Bedeutende Anschwellung der rechten Wange; fötider Ausfluss aus der rechte Nase, bedingt durch einen Tumor im oberen Theil der rechten Nasenseite, welche er ohne Ad-

härenzen ganz ausfüllt; derselbe ist weich, dunkelgrau und blutet bei Berührung mit der Sonde. Die Stirnhöhle frei bei der Translumination. Die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Fragmentes ergab ein intralymphatisches Endotheliom, dessen histologischen Bau B. genau beschreibt. Darauf Anführung der in der Literatur niedergelegten Fälle mit folgender Besprechung der verschiedenen Methoden, welche zur Entfernung der bösartigen Geschwülste angewandt wurden. Dies geschah entweder auf dem orbitalen Wege oder dem natürlichen zuvor erweiterten Wege, oder auf dem Weg vom Oberkiefer aus. B. wählte für seine Operation die von Moure angegebene Operationsmethode: Nasenwangenweg combinirt mit lateraler Mobilisation der Nase; da er aber die Ausbreitung des Tumors bis ins Innere des Sinus befürchtete, so ergänzte er die klassische Moure'sche Operation, indem er das Periost von der vorderen Seite des Oberkiefers ablöste und dasselbe mit den Weichtheilen nach aussen abheben liess; dann nahm er an der Stelle eine einfache Trepanation des Knochens vor, welche ihm den Einblick in den Sinus gestattete; trotzdem er nichts von dem Tumor entdeckte, entfernte er doch die mittlere oder vordere Kieferhöhlenwand bis zum Canal. infraorbit. und ebenso das innere Viertel des Orbitarandes sammt der ganzen unteren Oberkieferhöhlenwand. Durch diese enorme Lücke wurde das Siebbein mit Leichtigkeit resecirt und der Tumor mit einer grossen Plattzange stückweise entfernt. Die Hämorrhagie war relativ gering; die Nase wurde ohne Drainage replacirt, primäre Vereinigung der Wundränder nach 8 Tagen ohne jede Einsenkung der Weichtheile. Nur der Exophthalmus blieb bestehen; gefolgt von Infiltration und Abscedirung der Cornea, so dass die vollständige Ausräumung der Orbita vorgenommen werden musste. Seither vollständiges Wohlbefinden ohne Recidive.

BAYER.

45) **Jacopo Tommasi. Fibrosarkom der mittleren Muschel. (Fibro-sarcoma del turbinato medio.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Ein 31jähriger Mann consultirte den Verf. wegen mangelnder Nasenathmung; er gab an, es seien ihm aus der rechten Nase vor 2 Monaten Geschwülste entfernt worden. Es fanden sich sehr hyperplastische untere Muscheln, die abgetragen wurden, sonst in der Nase nichts Abnormes. Nach $^3/_4$ Jahren trat wieder behinderte Nasenathmung auf, auch stellte sich schleimig-eitriger Ausfluss aus der Nase ein. Man sah jetzt an der rechten mittleren Muschel eine nussgrosse rothe Geschwulst, die mit der mittleren Muschel abgetragen wurde. Verf. stellte auf Grund des mikroskopischen Befundes die von Anderen bestrittene Diagnose: Fibro-Sarkom. Nach ca. 2 Jahren ein Recidiv, das gleichfalls endonasal entfernt wurde. Seitdem Heilung. Verf. ist geneigt, der zuerst von anderer Seite gemachten Operation, die wahrscheinlich in Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel bestand, eine aetiologische Bedeutung bei der Entstehung des Sarkoms beizulegen.

FINDER.

46) **Kotschanow. Zur Behandlung acuter retropharyngealer Abscesse. (K letschenigie ostrich saglototschnich nariwow.)** *Russ. Wratsch. No. 23. 1905.*

K. beschreibt 2 Fälle, die von Dr. Oppel nach der Methode Chiene durch einen äusseren Schnitt seitlich am Halse operirt wurden. Im Anschluss daran er-

örtert Autor die Vor- und Nachtheile der äusseren und pharyngealen Eröffnung. Er kommt zum Schlusse, dass die äussere Eröffnung den Vorzug verdiene und zwar in Anbetracht dessen, dass die pharyngeale Methode unrein sei, vor Eiteraspiration nicht schütze, im Dunklen gemacht werden müsse, zur vorzeitigen Verklebung der Wundränder führe und zur Erkrankung des Magendarmkanals in Folge von Eiterschlucken Veranlassung gebe.

Aus der Auslassung ist ersichtlich, wie leicht eine einseitige Auffassung auch bei scheinbar leicht zu deutenden Umständen statthaben kann.

Aus einer acuten, unter allen Verhältnissen, besonders häufig auch auf dem flachen Lande zu beobachtenden Krankheit eine Domäne der grossen Chirurgie mit dem ganzen Apparat des Krankenhauses machen zu wollen, dürfte kaum dem Leidenden von Nutzen sein.

Auf diese Weise werden vielleicht thatsächlich unter den Händen des Arztes weniger Fälle letal enden, dafür werden aber überhaupt von dieser Krankheit 10mal so viel zu Grunde gehen.

P. HELLAT.

47) **Neumann** (Kiel). **Kapseltragende pathogene Streptokokken im Nasenrachenraum.** *Centralbl. f. Bakteriol. No. 37. 1904.*

In 8 Fällen, mehrmals bei Katarrh, je 1 mal im verdächtigen Diphtheriematerial, im normalen Nasensecret, bei abscedirender Tonsillitis fand Neumann einen kapseltragenden Streptococcus im Nasenrachenraum; er tritt dafür ein, dass es sich nur um eine Varietät der gewöhnlichen hüllenlosen Streptokokken handelt.

SEIFERT.

48) **Wolinzew. Kurze Bemerkung über den Zugang in den Nasenrachenraum. (Kratkaja sametka dostige w nosoglotku.)** *Chirurgia. p. 215. 1905.*

W. schlägt vor, bei operativen Eingriffen die der Geschwulst entgegengesetzte Seite des Oberkiefers zu reseciren. Durch seine Methode soll dem Auge das Ostium tubae, das Gewölbe und die Seitenwände der Nase zugänglich werden.

P. HELLAT.

49) **Einis. Zur Casuistik der Nasenrachengeschwülste. (K kasuistike opucholei nosoglototschnawo prostranetwa.)** *Wratsch Gaz. No. 57. 1905.*

Mittheilung eines Falles von gewöhnlichen Nasenrachenpolypen, der durch Adenotom entfernt wurden.

P. HELLAT.

50) **Kuhn** (Kassel). **Nasenrachentumoren und perorale Tubage.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 10. 1906.*

Das Tubusrohr der peroralen Intubation gestattet, den Mund bei der Totalexstirpation von Nasenrachentumoren weit geöffnet zu halten und den Rachen neben dem Rohr fest zu tamponiren, eventuell Erbrechen zu verhüten.

SEIFERT.

51) **Chevalier Jackson. Fibrom des Nasenrachens. Tracheotomie, Unterbindung der Carotis externa, Exstirpation, Heilung. (Fibroma of the nasopharynx. Tracheotomy; external carotid ligation; exstirpation; cure.)** *The Journal of the American Medical Association. 17. Januar 1906.*

Verf. hält eine Operation wegen eines wahren Nasenrachenfibroms nur nach

vorangegangener Unterbindung einer oder beider Carotiden für gerechtfertigt. Lässt sich nicht bestimmen, von welcher Seite die Geschwulst ihren Ursprung nimmt, so ist die Unterbindung beider Carotiden indicirt und zwar am besten mit einem Intervall von 3—4 Tagen, während dessen die Trachealwunde durch Tamponade mit Sublimatgaze offen gehalten wird, indem keine Canüle eingeführt und der Luft nicht gestattet wird, durch die Wunde zu streichen. Dadurch wird die Gefahr der Pneumonie vermieden. Verf. hält eine allgemeine Narkose für nicht angebracht, bis die Trachea eröffnet ist, wenn die Geschwulst gross genug ist, um das Velum nach vorn gegen die Zunge zu pressen. Durch Befolgung dieser Massregeln, meint Verf., kann die Mortalität dieser Operationen erheblich reducirt werden. Blutung, Dyspnoe und Chloroform wirken zusammen, um einen Collaps herbeizuführen. Man soll also der Blutung durch Unterbindung der Carotis externa, der Dyspnoe durch die Tracheotomie unter Lokalanästhesie vorbeugen, so dass man dann das Chloroform mit verhältnissmässiger Sicherheit anwenden kann.

EMIL MAYER.

52) **B. Sachs. Nasenrachencarcinom mit Metastasen. (Pharyngeal carcinoma with metastases.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1906.*

Patient war 35 Jahre alt. Die Symptome deuteten auf einen zunehmenden intracraniellen Druck hin. Somnolenz, Hemiplegie, rechtsseitige Oculomotoriuslähmung, doppelseitige Neuritis optica. Als Ursache der Störungen fand man einen grossen Retropharyngealtumor, von dem man annahm, dass er durch die Schädelbasis hindurchgewuchert sei. Allmälig traten multiple Geschwülste auf der Kopfhaut und verschiedenen Körpertheilen auf. Die Untersuchung des Nasenrachentumors ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Der Fall endete tödtlich und man fand mehrere Perforationen in der Schädelbasis. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Schilling** (Leipzig). **Recidivirende Stomatitis aphthosa.** *Centralbl. f. innere Med. No. 20. 1906.*

Die kurzen Ausführungen Schilling's klingen in die Mahnung aus, dass man dem Zahnarzt und nicht dem Magenarzt die Behandlung der Aphthen überlassen solle. SEIFERT.

54) **Kisel. Fall von Noma nach Morbilli bei einem 4jährigen Knaben. Heilung. (Slutschei wedjanewo paka posle kori w maltschika 4 let, okontschiwschiesja wisdorowleniem.)** *Med. Obosr. p. 162. 1905.*

K. reinigt sofort die Geschwüre mit scharfem Löffel und wäscht sie dann mit heisser Hypermanganlösung (1 : 2000) aus, wonach etwas Jodoform in die Wunde gerieben wird. K. hat persönlich 50 Fälle von Noma beobachtet, von denen 22 heilten, 15 starben, bei 13 blieb der Ausgang unbekannt. P. HELLAT.

55) **Schlossberger** (Budapest). **Beitrag zur Aetiologie des „Produzione sottolinguale".** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 42. Heft 5 u. 6. 1906.*

In den 3 mitgetheilten Fällen handelte es sich um Kinder im Alter von

13 Monaten, $1^1/_2$ und 1 Jahr. In allen Fällen waren die unteren Schneidezähne entwickelt und in 2 Fällen (einer wurde der Beobachtung entzogen) verschwand der Tumor nach Extraction der Zähne. SEIFERT.

56) **Isaac Adler. Bemerkungen über einige Allgemeininfectionen durch die Tonsillen. (Remarks on some general infections through the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1905. N. Y. Medical Journal. 31. März 1906.*

Verf. bezeichnet als Zweck seiner Arbeit, einige Punkte von rein praktischem Interesse zu erörtern, ohne auf theoretische Speculationen einzugehen. Er betont die Häufigkeit eines Eindringens der rheumatischen Infection durch die Tonsille; diese Infection braucht nicht immer unter dem Bild einer acuten folliculären Angina mit Fieber, Schwellung der Tonsillen etc. einzusetzen. Im Gegentheil, bisweilen scheint es, als ob eine intensive entzündliche Reaction wie eine Art Präventivmittel gegen eine Allgemeininfection wirkt. Es ist erwiesen, dass sehr virulente Bacillen die Tonsillen ohne jede entzündlichen oder reactiven Veränderungen dieser passiren. Am leichtesten und häufigsten ist das dünne Epithel der Lakunen geschädigt und durch dieses finden die Infectionsträger Eingang in die Lymphkanäle; es kann also bereits eine leichte Irritation der Tonsillen den Vorläufer für eine mehr oder minder schwere rheumatische oder septische Allgemeininfection bilden. Verf. macht darauf aufmerksam, dass der Muskelrheumatismus, von dessen bacteriellem Ursprung er überzeugt ist, sich mit Vorliebe an Hals, Nacken und Schulter localisirt. Dem acuten Beginn geht fast immer eine Tonsillitis zuvor. Ebenso hält A. den tonsillären Ursprung der Pneumonie in vielen Fällen für sicher. Er citirt sodann einen Fall, der beweisen soll, dass die schwerste septische Allgemeininfection durch die Tonsillen ihren Eintritt nehmen kann, ohne dass es zu einer Tonsillitis oder Peritonsillitis kommt. Er macht ferner aufmerksam auf die Beziehung der Tonsillitis zu der sogenannten desquamativen Nephritis ohne Oedem, Erbrechen, Kopfschmerz, ohne subjective oder objective Symptome ausser dem Urinbefund. In den meisten Fällen entstand diese Nephritis gleichzeitig mit einer Tonsillitis oder unmittelbar darauf und hielt bisweilen lange nach dem Verschwinden dieser an. A. glaubt, dass chronische Nephritis tonsillären Ursprungs häufiger ist, als man annimmt. Man solle daher während und nach jeder Tonsillitis den Urin untersuchen.

Verf. räth, in jedem Fall, wo die Tonsillen die leichtesten Anzeichen von Erkrankung aufweisen, sie zu exstirpiren. Die grössten Gefahren bieten seiner Meinung nach die nicht hypertrophirten Tonsillen mit ihrem weichen permeablen Gewebe und offenen Communicationen mit den Lymphwegen und vor allem mit Epithelveränderungen in den Krypten. Man solle nicht abwarten, bis verschiedene Anfälle von Rheumatismus mit Endocarditis etc. aufgetreten seien, bevor man solche Tonsillen entferne. LEFFERTS.

57) **Geo B. Wood. Die Lymphdrainage der Gaumentonsillen. (The lymphatic drainage of the faucial tonsils.)** *American Journal of Medical Sciences. April 1906.*

Die klinischen Studien des Verf. beziehen sich fast ausschliesslich auf die

Kindheit. Er meint, man könne sehr häufig, wenn man eine Halsdrüsenschwellung im frühen Stadium zu Gesicht bekommt, nach der Lage der zuerst befallenen Drüse bis zu einem gewissen Grad den Ursprung der Krankheit bestimmen. Die drei wichtigsten Quellen für die Infection der cervicalen Lymphdrüsen sind das Zahnfleisch, die Gaumentonsillen und die Rachentonsille. Die Lymphwege der Gaumentonsillen münden in eine Drüse, die, wenn sie vergrössert ist, unter und hinter dem Kieferwinkel palpabel ist. Infectionen, bei denen die Rachenmandel die Eingangspforte darstellt, zeigen sich zuerst an den Lymphdrüsen, die grade hinter dem hinteren Rand des Sterno-cleido-mastoideus liegen. EMIL MAYER.

58) **Jonathan Wright. Der Unterschied zwischen dem Verhalten von Staub und dem von Bakterien in den Tonsillarkrypten. (The difference in the behavior of dust from that of bacteria in the tonsillar crypts.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Januar 1906.*

Pathogene Bakterien, die im Gleichgewichtsstadium harmlose Bewohner der Tonsillarkrypten sind, werden unter gewissen Umständen vom Tonsillarepithel resorbirt. Ferner lässt sich experimentell nachweisen, dass pathogene Mikroorganismen, wenn sie einem an diese nicht gewöhnten Thiere in den Rachen geblasen werden, durch das Tonsillarepithel hindurchgehen. Im ersten Fall müssen wir irgendwelche vorangehende Veränderungen, Nervenshock oder allgemeine Ursachen annehmen, die eine Durchgängigkeit des Epithels bewirken; im zweiten Fall, dass die in grosser Menge eindringenden Bakterien die normaler Weise bestehende bakteriolytische oder defensive Einrichtung überwinden. Eine illustrirte Tafel, die der Arbeit beigegeben ist, zeigt, wie Carminkörperchen von aussen durch das Tonsillarepithel hindurchgehen, während die Bakterien auf der Oberfläche bleiben. Zur Erklärung dieser Thatsache hat W. eine Reihe von Versuchen unternommen. Es scheint, dass die Farbkörnchen durch die schleimig-schlüpfrige Bakterienschicht und dann durch das Epithel hindurchgehen, ohne welche von den Bacterien mit sich zu nehmen. Das normale Epithel der Krypten verhütet ein Eindringen der Bakterien. Der Schleimgehalt der Bakterien ist augenscheinlich eine biomechanische Schutz- und Trutzeigenschaft zum Unterschied von ihren biochemischen Producten, den Toxinen und Endotoxinen. Es ist eine Gleichgewichtstendenz der mechanischen Kräfte in der Tonsille vorhanden; dieses Gleichgewicht kann durch eine Wunde aufgehoben werden, die die Keime tief unter die Oberfläche bringt, ebenso wie ein virulenter Keim von aussen oder ein Shock von innen her denselben Effect hervorrufen kann. LEFFERTS.

59) **G. Sommer** (Niedermendig). **Kritisches und Neues zur Therapie des Tonsillenabscesses.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Autor empfiehlt als therapeutische Maassnahme und gleichzeitiges Prophylacticum gegen spätere Recidive die sofortige Tonsillotomie mittelst Knopfbistourie oder Tonsillotom, wodurch regelmässig gleich der Abscess mit eröffnet werde. HECHT.

60) **Notiz des Herausgebers. Hypertrophie der Tonsillen. (Hypertrophy of the tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Rp.	Acid. carbol. puri	1,0,
	Resorcini	8,0,
	Spir. menth. piperit.	20,0,
	Glycerini	30,0,
	Aqu. dest.	450,0.

MDS. Gurgelwasser.

LEFFERTS.

61) **L. T. Royster. Angina Vincenti. (Vincents Angina.)** *N. Y. Medical Journal. 24. März 1906.*

Verf. berichtet zwei Fälle; im ersten Falle betraf die Erkrankung das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers, die Ulceration erstreckte sich auf die Mundschleimhaut und auf den Rand der Zunge. Beide Tonsillen trugen tiefe Ulcerationen. Dieser Patient war in Behandlung eines Zahnarztes. Nach 6 Tagen kam auch der Zahnarzt in R.'s Behandlung mit Klagen über Halsschmerzen. R. fand auf der linken Tonsille ein kleines Häutchen. Die regionären Lymphdrüsen waren geschwollen. Mikroskopische Untersuchung ergab in diesem, wie im ersten Falle, fusiforme Bacillen und Spirochaeten. In den nächsten Tagen bildete sich auf der Tonsille ein tiefes Ulcus. Beide Fälle heilten unter täglicher Application von Jodtinctur. Sie werden vom Verf. für die Anschauung von einer Contagiosität der Vincent'schen Angina verwerthet.

LEFFERTS.

62) **Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber Vincent's Angina. (Om Vincent's Angina.)** (Verhandl. der med. Gesellsch. zu Kopenhagen.) *Hosp. Tid. p. 186. 1906.*

Verf. theilt zwei Fälle mit: 1. 21jährige Frau wird plötzlich krank. Sie bekommt Schmerzen im Hals, Erbrechen, Schwindel und Appetitlosigkeit. Da man glaubt, es mit Syphilis zu thun zu haben, wird sie zur Beobachtung ins Krankenhaus aufgenommen, von dort aber nach dem Epidemiehospital überführt, um auf Diphtheritis beobachtet zu werden. Mittelstarker, grünlicher Belag auf beiden Tonsillen. Starker Foetor. Keine Diphtheriebacillen, aber Spirochaeten und spindelförmige Bacillen fast in Reincultur. 2. 23jähriger Student. Schmerzen an der rechten Seite des Halses 3 Wochen lang; gräulicher Belag auf der rechten Tonsille. Keine Diphtheriebacillen. Spirochaeten und fusiforme Bacillen in grosser Menge.

Verf. betont die Häufigkeit der Verwechselung zwischen Diphtherie und Syphilis.

E. SCHMIEGELOW.

63) **Hindes. Ueber primäre perforirende skarlatinöse Angina. (O perwitschnei probadajnschtschei skarlatinosnoi shabe.)** *Wratsch Gaz. No. 48. 1905.*

H. theilt drei Fälle mit, welche er beobachtet hat. In zwei Fällen bildeten sich Perforationen im weichen Gaumen, in einem Falle im Gaumenbogen. Zwei von ihnen endeten letal.

P. HELLAT.

64) **Moskovitz. Peritonsillitis phlegmonosa bei einem Tabiker.** *Orvosok Lapja. No. 36.*

Beschreibt einen Fall, wo eine Peritonsillitis bei einem Tabiker letal endigte. Wahrscheinlich übte das Fieber oder die Resorption toxischer Substanzen eine verhängnissvolle Wirkung auf das kranke Nervensystem aus. v. NAVRATIL.

65) **Kaesbohrer** (Nürnberg). **Der syphilitische Primäraffect an den Tonsillen.** *Dissertat. Würzburg 1906.*

Aus der Literatur und unter Hinzufügung von 3 Fällen aus der Klinik von Seifert konnte Verf. 290 Fälle von Tonsillarschankern tabellarisch zusammenstellen und die ganze Pathologie dieser Localisation des syphilitischen Primäraffectes schildern. SEIFERT.

66) **Thomas J. Harris. Wahrscheinlich bösartige Neubildung der Tonsille mit augenscheinlichem Nutzen durch X-Strahlen behandelt. (Neoplasm of the tonsil probably malignant treated by x-ray with apparent benefit.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall betraf eine 82jährige Frau. EMIL MAYER.

67) **Santi Pusateri. Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von primärem Sarkom der Gaumentonsille. (Sopra un caso di sarcoma primitivo della tonsilla palatina in rapporto alla cura coi raggi di Roentgen.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. December 1905.*

Patient war ein 48jähriger Mann; es handelte sich um ein primäres Sarkom der linken Tonsille mit Drüsenmetastasen. Er wurde mit Röntgenstrahlen behandelt und angeblich geheilt aus der Klinik entlassen. Es traten aber Recidive ein und die Erkrankung breitete sich auf die rechte Tonsille aus und Pat. starb 21 Monate nach dem ersten Bemerkbarwerden der Affection. Es liess sich nachweisen, dass die Behandlung mit Röntgenstrahlen auf die primäre Geschwulst sehr günstig eingewirkt hatte, die tiefen Drüsenmetastasen waren jedoch unbeeinflusst geblieben. Nach den ersten Sitzungen war der Tumor der linken Tonsille verschwunden, auch waren keine Drüsen mehr palpabel. Verf. meint, dass, wenn der Pat. sich bei den ersten Anzeichen eines Recidivs wieder einer energischen Behandlung unterworfen hätte, eine Heilung nicht ausgeschlossen gewesen wäre.

FINDER.

68) **F. Rossi. Carcinom der rechten Tonsille und des Gaumens. (Carcinoma della tonsilla destra e delle ghiondale del velo.)** *Bollett. delle mal. d'orecchio, naso e gola. Februar 1906.*

Verf. giebt zuerst eine literarhistorische Uebersicht über die bösartigen Geschwülste der Tonsillen und berichtet sodann über einen Fall, der von der Tonsille sich auf die Gaumenbögen ausbreitete und in dem bereits Drüsenmetastasen vorhanden waren. Da der Fall inoperabel war, so versuchte man es mit Röntgenstrahlen, die jedoch auch keinerlei Wirkung hatten. FINDER.

69) **A. S. Vallack** (Bowral N. S. Wales). **Mittheilung über die Enucleation der Tonsillen. (An note on enucleation of the tonsils.)** *Australasian Medical Gazette. 21. Mai 1906.*

Die Mittheilung betrifft ein 6jähriges Kind, dem 2 Jahre vorher die Tonsillen mit dem Tonsillotom entfernt waren. Sie waren wieder gewachsen und sehr gross geworden. Verf. machte die Enucleation in Chloroformnarkose, indem er zunächst die Tonsillen vom vorderen Gaumenbogen trennte, sie dann mittels einer Doyen'schen Klammer an ihrer Basis abklemmte und mit einer Scheere abtrug.

A. J. BRADY.

70) **De Constantin. Die Tonsillarblutungen und ihre Behandlung. (Des hémorrhagies tonsillares et de leur traitement.)** *Toulouse. Inprimerie Puret. 1906.*

Nach welchem Verfahren man auch tonsillotomirt, man muss stets auf die Möglichkeit einer Blutung gefasst sein. Die Naht der Gaumenbögen, combinirt mit der Tamponade der Tonsillarbucht, und die blutstillende Tamponade des Pharynx machen die Unterbindung der Carotis bei schweren Hämorrhagien unnöthig.

E. J. MOURE.

71) **G. Roberts. Ein neues Instrument zur Entfernung der Tonsillen. (A new instrument for excision of the tonsils.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Die Kraft des schneidenden Theils des Instruments ist nach aussen gegen die Basis gerichtet. Eine Verletzung der Gaumenbögen ist nach Construction des Instruments ausgeschlossen.

EMIL MAYER.

72) **M. Seyffert** (Dessau). **Ein neues Ringmesser-Tonsillotom.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Modification des Mathieu'schen Ringmessers.

HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

73) **Anton Wiesner** (Prachovic). **Zur Differentialdiagnose der Diphtherie in der Landpraxis.** *Wiener klin. Rundschau. No. 5. 1906.*

In zweifelhaften Fällen auftretende leichte Blutung von den Tonsillen bei entsprechendem Belage deutet auf Diphtherie.

CHIARI.

74) **K. Zucker** (Graz). **Ueber das Auftreten der Diphtherie im letzten Decennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Die Gesammtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Laufe des letzten Dezenniums ziemlich gleichmässig abgenommen, wofür die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie entscheidend ist. Der Krankheitscharakter der Diphtherie hat sich dabei im Ganzen nicht wesentlich geändert.

CHIARI-HANSZEL.

75) **Bernhard Fischer** (Kiel). **Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen.** *Münch. med. Wochenschr. S. 647. 1906.*

Autor weist mit Nachdruck auf die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung hin und verlangt, dass nicht nur die Erkrankten entsprechend isolirt und

behandelt werden, sondern dass dieselben auch noch nach Ablauf der Erkrankung so lange unter Controle bleiben, bis die Gefahr der Weiterübertragung durch sie — als Bacillenträger — beseitigt ist. Auch die mit den Erkrankten in Berührung gekommenen Personen müssen bakteriologisch controlirt und eventuell prophylaktisch mit Diphtherieserum behandelt werden, wobei alle, „bei denen Diphtheriebacillen gefunden werden, zu isoliren oder doch wenigstens in ihrem Verkehr derartig zu beschränken sind, dass der Uebergang der Krankheitserreger auf weitere Personen ausgeschlossen ist". Ebenso sind die betreffenden Räume, Gebrauchsgegenstände etc. gründlich zu desinficiren.

Autor berichtet über eine von einem Automatenrestaurant ausgegangene Epidemie, bei der die bakteriologische Untersuchung des Personals eine Reihe gesunder, bezw. anscheinend gesunder Bacillenträger nachweisen konnte. Bezüglich weiterer Details, die sich zu kurzem Referat nicht eignen, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

76) **Herbert D. Pease. Einige Hauptzüge und Resultate der curativen und präventiven Anwendung von Antitoxin bei Diphtherie. (Some features and results of the treatment and prevention of diphtheria by the use of antitoxin.)** *New York State Journal of Medicine. Mai 1906.*

Verf. betont besonders die Nothwendigkeit, das Antitoxin früh anzuwenden. In 80 pCt. der Fälle von Herztod handelt es sich um eine verzögerte Behandlung. Die Zunahme der Fälle von Lähmung seit Beginn der Antitoxinepoche schreibt Verf. dem Umstand zu, dass viele dieser Fälle früher bereits im acuten Stadium der Krankheit gestorben seien. Die Neigung zu Lähmungen steht in directem Verhältnisse zu der Schwere des Anfalls. Je schwerer ferner die Krankheit, desto weniger Neigung zu Hauterscheinungen nach der Antitoxininjection ist vorhanden.

EMIL MAYER.

77) **R. Stüve** (Osnabrück). **Behring's Diphtherieserum und Homöopathie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Bericht über einen Fall schwerer Diphtherieinfection, bei der ein vorher behandelnder Homöopath eine Injection abgelehnt, vielmehr nur innerlich die Verabreichung einiger Tropfen Serum angeordnet, des ferneren das Gleiche als Prophylaxe für die noch nicht erkrankten Geschwister des Patienten empfohlen hatte, nebst anschliessenden kritischen Erörterungen über Complicationen und interne Medication des Serums.

HECHT.

78) **F. Fischer** (Stockholm). **Ueber den Diphtherietod. (Om difteridöden.)** *Hygiea. p. 883. 1905.*

In der Zeit von 1900—1904 sind 7250 Patienten in dem Epidemiekrankenhause in Stockholm wegen Diphtherie behandelt. Von diesen sind 341 gestorben; von diesen wurden aus verschiedenen Ursache 54 Fällen ausgeschieden, so dass nur 287 Todesfälle benutzt werden. Es handelte sich um 107 Fälle von Rachendiphtherie; von diesen sind 52,3 pCt. durch die frühzeitige Gesammtintoxication, 3,7 pCt. durch späte Sepsis und 43,9 pCt. durch späte Parese gestorben.

Von den 180 Croupfällen sind 8,9 pCt. durch frühzeitige Gesammtintoxication, 4,4 pCt. durch späte Parese, 5,1 pCt. durch mechanische Larynxstenose, 57,8 pCt. an Lungenveränderungen und 22,8 pCt. an unbestimmbarer Todesursache gestorben.

E. SCHMIEGELOW.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **P. Mathieu. Ueber den Stridor laryngis congenitus. (Du strider laryngé congénital.)** *Thèse de Nancy. 1903.*

Detaillirte Abhandlung über das Thema. Verf. führt die Entstehung des Stridorgeräusches auf eine angeborene abnorme Bildung des Vestibulum laryngis zurück, die auf einer Entwicklungshemmung des Kehlkopfs beruht. Sie besteht bald in einer einfachen Einrollung der Epiglottis, bald in ausgesprocheneren Veränderungen an den ary-epiglottischen Falten und an den Rändern der Epiglottis.

A. CARTAZ.

80) **Kisel. Fall von angeborenem Inspirationsgeräusch im Kehlkopfe bei einem 10 Monate alten Kinde. (Slutschai wroshdennawe wdichatal. gertan. chrijna w renenka 10 mes.)**

Das Geräusch war ähnlich dem Croupgeräusch, keine ätiologische Momente zu eruiren: Laryngoskopie wurde nicht vorgenommen.

P. HELLAT.

81) **H. Koplick. Stridor laryngis congenitus. Ein Beitrag zur Pathologie dieser Affection nebst Bericht über Autopsie in einem Fall. (Congenital laryngeal stridor. A contribution to the pathology of the affection, with report of an autopsy on a case.)** *Archives of Pediatrics. December 1905. N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1906.*

W. kommt zu dem Schluss, dass Stridor laryngis zwar mit einer Thymusvergrösserung zusammen vorkommen kann, dass jedoch, wo so ausgesprochene anatomische Abnormitäten an der Epiglottis vorhanden sind, wie in den Fällen von Lees, Refslund und seinem eigenen Fall, der Zustand der Thymus nicht in Betracht kommt. Die Theorie von Thomson und Turner erfährt eine Bestätigung durch die Thatsache, dass in vier zur Autopsie gelangten Fällen die Symptome durch die gefundenen anatomischen Anomalien durchaus erklärt werden konnten. Die Theorie von der Bedeutung der Thymus oder vom nervösen Ursprung der Affection kann nicht aufrecht erhalten werden, bis man bei einer Autopsie eines Kindes, das an Stridor laryngis gelitten hatte, sich ein völlig normaler Larynx mit normaler Epiglottis und eine grosse Thymus findet.

LEFFERTS.

82) **D. Tanturri. Beitrag zur mechanischen Theorie vom congenitalen Larynxstridor als Krankheit sui generis. (Contributo alla teoria meccanica dello stridore laringeo congenito come entità morbosa a sè.)** *Gazzetta internazionale di medicina. December 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall von Stridor laryngis congenitus bei einem drei Monate alten Kinde mit gleichzeitigen Vegetationen im Nasenrachen. Er beschreibt die Differenzirung der Geräusche, die durch verlegte Nasenathmung oder durch

Obstruction in anderen Theilen der Respirationswege zu Stande kommen, von dem klassischen und eigenthümlichen Stridor congenitus. In seinem Fall wurde durch Operation der Vegetationen die Nasenathmung verbessert, der Kehlkopfstridor blieb unbeeinflusst. Einer Eintheilung in essentiellen und secundären Kehlkopfstridor widersetzt sich Verf., jener werde im Kehlkopf gebildet, dieser beruhe auf verschiedenen Läsionen (Rhino-Pharyngitis, adenoide Vegetationen, Thymusschwellung Schwellung der peritrachealen Drüsen etc.). FINDER.

83) **Elisha M. Sill. Stridor congenitus laryngis. (Congenital strider of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 5. Mai 1906.*

S. Stellt ein 9 Wochen altes Kind mit angeborenem Kehlkopfstridor vor. In der an diese Demonstration sich anschliessenden Discussion sagt

Schwarz, dass er kürzlich 3 Fälle gesehen habe, bei denen die Röntgenuntersuchung eine Vergrösserung der Thymus gezeigt habe.

Southworth berichtet über einen Fall, in dem eine Aufrollung der Epiglottis bestand.

Sill erwidert, dass in seinem Fall die directe Untersuchung keine Veränderung an der Epiglottis zeigt.

Kerley meint, es bestände klinisch ein Unterschied zwischen solchen Fällen, wie dem vorgestellten und den Fällen mit Vergrössung der Thymus, die man besonders bei der Autopsie fände. Bei einem seiner Patienten mit Thymusvergrösserung, der in einem Anfall von Laryngospasmus starb, waren wiederholt Anfälle von Stridor mit Apnoe, völligem Athemverlust und vorübergehender Bewusstlosigkeit vorgekommen. Von 8 Fällen, die er gesehen hat, kamen 6 zur Autopsie.

La Fetra hat kein Kind mit dieser Affection gesehen, das älter als ein Jahr gewesen wäre. Es bestände ein grosser Unterschied zwischen Stridor laryngis congenitus und Laryngismus stridulus. LEFFERTS.

84) **Luigi Leto. Typische Stimmbandcyste. (Cisti tipica della corde vocale.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. VI. 1905.*

Der 42jährige Pat. hatte einen kleinen glatten Tumor im vorderen Drittel der linken Stimmlippe, der mit der Zange entfernt wurde. Die Untersuchung ergab, dass der Tumor aus zwei Hohlräumen bestand, die miteinander die Figur einer 8 bildeten; jeder dieser Hohlräume war durch ein Plattenepithel begrenzt und mit Detritus ausgefüllt. Es handelt sich um Retentionscysten. FINDER.

85) **Réthi** (Wien). **Beiträge zur Entstehung der Kehlkopfpapillome.** *Wiener med. Wochenschr. No. 46. 1905.*

Einige von R. beobachtete Fälle von Kehlkopfpapillomen zeigen, dass entzündliche Zustände die auslösenden Momente abgeben. Als eigentliche Ursache könne man aber nur eine „Disposition“ annehmen. CHIARI.

86) **Neubauer** (Budapest). **Kohlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 41. 1905.*

In 5 Fällen bediente sich Neubauer zur Entfernung von Kehlkopfpapillomen bei Kindern eines modificirten Löri'schen Katheters. Die Erfolge mit oder ohne vorangehende Tracheotomie waren sehr befriedigende. SEIFERT.

87) **Garel. Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern. Zwei mittels der Killian-schen directen Methode behandelte Fälle. (Papillomes du larynx chez les enfants en bas-âge. Deux cas traités par la méthode directe du Killian.)** *Ann. des mal. de l'oreille du larynx etc. No. I. 1906.*

Das eine Kind war 3, das andere 5 Jahre alt. Verf. ist der Meinung, dass keine Methode der Operation mit Hülfe des Killian'schen Tubus gleichkomme.

E. J. MOURE.

88) **Galperin. Haematoma laryngis.** *Wratsch Gazeta. No. 41. 1905.*

Es handelte sich um eine 21 jähr. schwangere Frau, die nach dem Schlucken eines harten Gegenstandes plötzlich Athemnoth und Unbequemlichkeit beim Schlucken verspürte. Ohnmachtsanfall.

Laryngoskopie ergiebt Hämatom, welches im Interarytenoidalraum sich befindet. Eröffnung und Heilung. G. nimmt an, dass die Schwangerschaft hierbei eine Rolle gespielt hat.

P. HELLAT.

89) **Purseigle. Studie über die Tumoren der Epiglottis. (Etude sur les tumeurs de l'épiglotte.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Nach einer Uebersicht über die bisher dieses Thema behandelnden Arbeiten zählt Verf. alle an der Epiglottis vorkommenden Arten von Tumoren auf. Am häufigsten — fast 40 pCt. der Gesammtsumme — sind die Cysten; der Häufigkeit nach folgen: Die Fibrome, Lipome und andere seltene Tumorformen. Unter den malignen Geschwülsten sind am häufigsten die Carcinome; es folgen die Sarkome und Lymphosarkome. Verf. macht auf die bisweilen sehr schweren und das Leben bedrohenden Respirationsstörungen aufmerksam. Mit seinem Lehrer Garel hält er für die Beseitigung der gutartigen Tumoren die Anwendung der heissen Schlinge per vias naturales für die beste Methode. Mit der Mehrzahl der modernen Chirurgen bevorzugt er für die Entfernung der malignen Tumoren die Pharyngotomia transhyoidea.

D. BRINDEL.

90) **Finder** (Berlin). **Zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Für den praktischen Arzt bestimmte, zusammenfassende Abhandlung, die die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose des Kehlkopfkrebses hervorhebt, sowie genaue Indicationsstellung für die je nach dem Stande der Erkrankung nöthigen Eingriffe: endolaryngeale Exstirpation, Thyreotomie, partielle Resection, Totalexstirpation, und die dadurch erzielte Resultate enthält. Zu der von B. Fränkel 1889 mitgetheilten Zusammenstellung über endolaryngeal operirte Fälle (9 eigene, 22 von anderen Autoren mit zusammen 55 pCt. Heilungen) fügt Verf. aus der Literatur der letzten 6 Jahre 10 weitere erfolgreich (Dauer der Behandlung 1 Jahr) behandelte Fälle hinzu.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Gottstein** (Breslau). **Ein Fall von Totalexstirpation des Larynx mit beginnender Pseudostimme.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1905.*

Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom. Diagnose schwierig, weil der Tumor unter dem Stimmband lag, wie Kayser (Breslau) in der Discussion

hervorhebt. Bei dem Patienten beginnt jetzt sich eine sog. Pseudostimme zu bilden; durch Zusammenlegen von Muskeln im Rachen oder Schlund entstehen stimmbandähnliche Falten, die von unten durch verschluckte Luft in Bewegung gesetzt werden können. Hinsberg (Breslau) bemerkt, dass derartige Patienten in Berlin Sprachunterricht mit gutem Erfolge erhalten könnten.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) **Cheval. Chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Traitement chirurgical du cancer du larynx.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 6. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen otolaryngol. Gesellschaft vom 17. und 18. Juni 1905, in welchem darüber berichtet wird.

BAYER.

93) **Le Bec. Totalexstirpation in zwei Zeiten wegen Kehlkopfkrebs. Heilung. (Laryngectomie totale pour cancer du larynx faite en deux temps. Guérison.)** *Soc. de l'internat. des hôpitaux de Paris.*

Patient ist ein 57 jähriger Mann; die Operation wurde vor 14 Monaten ausgeführt. Im März 1906 zeigten sich wieder Geschwülste an den Stimmlippen. Die Drüsen waren nicht afficirt. Es wurde zunächst die Trachea vom Larynx getrennt, in die Haut vernäht und eine Dauercanüle eingeführt. Im April erfolgte der zweite Theil der Operation, bestehend in der Entfernung des Kehlkopfes. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter.

A. CARTAZ.

94) **P. Albrecht. Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 15. December 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1905.*

Tracheotomia superior. Nach 11 Tagen Exstirpation des Larynx (Professor Hochenegg) mit der Epiglottis und den beiden obersten Trachealringen. Die vordere Pharynxwand wurde an den Zungengrund angenäht, die Trachea im unteren Wundwinkel an die Haut fixirt. In der vierten Woche bekam Patient eine Narrath'sche Canüle und verliess das Spital. In seiner Heimath probirte nun der Patient alle möglichen Vorrichtungen aus, die einen Ersatz der Sprache geben können und hat als zweckmässig einen Apparat acceptirt, der ganz ähnlich der Gottstein'schen Modification des Gluck'schen Apparates construirt ist. Mit dieser Pseudostimme ist Patient seinem anstrengenden Berufe, wobei er sich oft laut verständigen musste, durch mehrere Monate vollauf nachgekommen.

CHIARI.

95) **S. E. Solly. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1905.*

Die Totalexstirpation verlief in dem mitgetheilten Falle gut. Der Operateur hatte sich jedoch durch das anscheinend gesunde Aussehen der Schilddrüse dazu verleiten lassen, diese stehen zu lassen. Der ursprüngliche Tumor hatte, wie so oft, seinen Ursprung im Thyreoidwinkel genommen und blieb fast ganz auf die Innenfläche des Schildknorpels beschränkt; unglücklicherweise muss jedoch durch den Knorpel hindurch eine Infection der Drüse stattgefunden haben. Dass es sich

ursprünglich um ein Carcinom des Larynxinnern handelte, geht schon aus dem langsamen Wachsthum im Laufe von 2 Jahren hervor, während, wenn der primäre Sitz sich aussen am Kehlkopf befindet, das Wachsthum meist ein sehr schnelles ist. Als Todesursache in diesem Falle — Patient starb 2 Monate nach der Operation — kommt nach Ansicht des Verf.'s in Betracht, dass eine Parathyreoiddrüse bei der Operation entfernt wurde, die drei übrig bleibenden allmälig durch das Carcinom zerstört wurden.

EMIL MAYER.

96) **Chevalier Jackson. Thyreotomie; Bemerkungen über die häufige bösartige Natur chronischer Heiserkeit. (Thyrotomy; notes on the frequently malign nature of chronic hoarseness.)** *N. Y. Medical News. 9. December 1905.*

Es wird die Krankengeschichte zweier typischer Fälle mitgetheilt, durch die folgende Punkte illustrirt werden sollen:

Soll die Behandlung nicht fast aussichtslos sein, so muss der Kehlkopfkrebs früh entdeckt werden. Ist er im Frühstadium entdeckt worden, so führt die verhältnissmässig leichte Operation der Thyreotomie zum Ziel. Kommt die Erkrankung hingegen erst später zur Wahrnehmung, so kann die totale oder partielle Exstirpation das Leben für eine verschieden lange Zeit verlängern, jedoch sind Recidive fast gewiss und die kurze Existenz ist ohne Annehmlichkeiten. Die frühen heilbaren Stadien des Kehlkopfkrebses documentiren sich nur in Heiserkeit, die zeitweilig verschwinden kann. Husten, Foetor, Schmerzen, äussere Schwellung, Kachexie etc. treten erst auf, wenn das Stadium der Heilbarkeit schon vorüber ist.

LEFFERTS.

97) **Koschier** (Wien). **Ueber Larynxcarcinom.** (Vortrag, gehalten in der amerikanischen Aerzte-Vereinigung Wiens am 13. October 1905.) *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 8 u. 9. 1906.*

Das Larynxcarcinom im engeren Sinne bietet relativ günstigere Verhältnisse, besonders wenn es das Stimmband betrifft, welches arm an Lymphgefässen ist. Die histologische Untersuchung der exstirpirten Gewebstheile soll auch ein histologisch ausgebildeter Laryngologe nicht selbst vornehmen, da er vom klinischen Bilde beeinflusst wird.

Die Entfernung des Carcinoms auf endolaryngealem Wege könnte nur dort in Frage kommen, wo aus verschiedenen Gründen der Patient einer eingreifenden Operation nicht ausgesetzt werden darf. Der Laryngofissur ist stets eine Woche vorher die Tracheotomie vorauszuschicken, damit sich der Patient an die neuen Athmungsverhältnisse gewöhnt. Bei der halbseitigen, wie auch der totalen Exstirpation des Larynx empfiehlt Koschier die Abschliessung der Wundhöhle gegen die Trachea durch einen nach Art der Mikulicz'schen Tamponade geformten Tampon aus Jodoformgaze, und hat der Vortragende hierdurch die häufigen Schluckpneumonien verhüten können.

CHIARI.

98) **A. V. Moschcowitz. Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Laryngectomy for carcinoma.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Patient war ein 60 Jahre alter Mann. Die Operation wurde, um die Gefahr einer Aspirationspneumonie zu vermeiden, unter localer Anästhesie gemacht, in-

dem $^{1}/_{4}$ proc. Cocainlösung subcutan injicirt wurde. Die Operation dauerte 2 Stunden, was zum Theil daher kam, dass von Zeit zu Zeit wieder Cocain injicirt werden musste. Patient selbst gab nachher an, dass er keine sonderlichen Schmerzen ausgestanden habe. Der Trachealstumpf wurde in den unteren Wundwinkel eingenäht. Die pharyngeale Oeffnung wurde durch 2 oder 3 Etagen von Catgutnähten geschlossen. Es sind seit der Operation 6 Monate verflossen, ohne dass ein Recidiv oder Drüsenschwellung eingetreten wäre. Patient befindet sich gut.

EMIL MAYER.

99) **Slavinski. Larynxexstirpation bei Carcinoma laryngis. (Wyciecie krtani z powodu raka.)** *Gazeta Lekarska. No. 6. 1906.*

Verf. stellte in der medicinischen Gesellschaft einen 11 jährigen Kranken vor, bei welchem er vor 3 Monaten den Kehlkopf exstirpirt hatte. Laryngoskopisch wurde damals ein kleiner Tumor unter dem rechten Stimmbande gefunden, doch wurde die Athemnoth stark und allmälig zunehmend, was namentlich zur Operation zwang. Nach vorgenommener Laryngofissur zeigte sich, dass der Tumor fast das ganze Lumen des Larynx ausfüllte, indem er über die vordere rechte und hintere Wand unterhalb der Stimmbänder bis zum unteren Rand der Cartilago cricoidea sich ausbreitete. Deswegen wurde die totale Exstirpation des Larynx vorgenommen. Der Kranke genas, schlingt gut und beginnt sogar zu sprechen.

v. SOKOLOWSKI.

100) **Friedmann** (Berlin). **Ein Fall von Sarkom des Pharynx und Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Trotz zweimaliger Operation (zuerst ergab Probeexcision Myxom, dann Sarkom) haben sich Recidive in der Pharynxwand, zum Theil in der linken und in der ganzen rechten Larynxhälfte, die Glottis überwölbend und den rechten Aryknorpel in sich fassend, gebildet. Auffälligerweise hat Patient ausser Hustenreiz zur Zeit keine Beschwerden.

ALBANUS (ZARNIKO).

101) **K. Renshaw** (Manchester). **Ein Fall von Fibrosarkom, ausgehend von der Membrana hyo-thyreoidea. (A case of fibro-sarcoma arising from the thyrohyoid membrane.)** *Journal of Laryngology. London. p. 169. April 1906.*

Verf. theilt den Fall eines 29 jährigen Mannes mit, der eine Schwellung im Spatium hyo-thyreoideum und dem oberen Theil des Schildknorpels zeigte. Unter zunehmender Heiserkeit und Schluckbeschwerden war diese Schwellung in den letzten 2 Jahren gewachsen. Es wurde eine Incision in der Mittellinie gemacht und man fand unter dem Muscul. thyreo-hyoideus in einer Kapsel eingeschlossen einen Tumor, der nach unten hinten zwischen den Schildknorpel und die Membran. hyo-thyreoidea hineinging. Der Tumor schien seinen Ursprung von der Hyothyreoidmembran zu nehmen.

JAMES DONELAN.

102) **D. Tanturri. Rationelles System der Ernährung bei intubirten Säuglingen. (Sistema razionale di nutrizione nei lattanti intubati.)** *Italienische Gesellschaft f. Pädiatrie. December 1904.*

Verf. lässt die Kinder mit der Muttermilch ernähren. Die Mamma der Mutter wird durch eine über den Rücken gehende Bandage gehalten, in dieser

Bandage befindet sich ein Ausschnitt für die Warze. Verf. hat die Patienten in vielen Fällen so ernähren lassen, ohne dass Erstickungsanfälle oder Extubation eingetreten wäre.

FINDER.

103) **Fielding L. Taylor. Ein Fall von Retention eines Intubationsrohrs, durch allmälige Dilatation behandelt. (A case of retained intubation tube treated by gradual dilatation.)** *N. Y. Medical Record. 8. Juli 1905.*

Es handelte sich um ein Kind, dass die Tube 187 Tage lang getragen hatte.

In der Discussion bemerkt Henry W. Berg, dass in den letzten 4 bis 5 Jahren im Willibald Parker-Hospital (New-York) ungefähr 27 Fälle von chronischer Intubation beobachtet worden sind. Die längste Zeit, während der eine Tube getragen wurde, betrug $1^1/_2$ Jahr; vor Kurzem kam ein Patient zur Entlassung, der die Tube 9 Monate lang getragen hatte.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

104) **Preiser. Ueber experimentell erzeugte Veränderungen der Schilddrüsenstructur.** *Verhandl. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 76. Vers. Theil 2. 2. Hälfte. S. 791. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

105) **W. G. Mac Callum. Die Beziehung der Parathyroiddrüsen zur Tetanie.** *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 16. S. 385.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

106) **Lawrence Humphry** (Cambridge). **Die Parathyreoidea beim Morbus Basedow. (The parathyroid in Graves' disease.)** *Lancet. p. 139. 11. November 1905.*

Verf. meint, es müsse der Parathyroidea besonders auch bei den Sectionen mehr Aufmerksamkeit als bisher geschenkt werden. Er beschreibt zwei Fälle von Morbus Basedow, in welchen eine Fettinfiltration der Parathyroidea bestand; er hat diese Drüse bei 18 an allen möglichen Erkrankungen verstorbenen Personen untersucht. Von diesen Personen waren 12 unter 50 Jahren; bei allen, mit einer Ausnahme, fand sich eine normale Parathyroidea. Diese Ausnahme betraf ein 14jähriges Mädchen, das an den Folgen einer Verbrennung starb. Hier war die Parathyroidea überreich an Fett; ferner bestand eine Vergrösserung der Thymus. Eine mikroskopische Untersuchung der Schilddrüse wurde nicht gemacht, doch sagt Verf., dass die Drüse normales Aussehen hatte. In dieser Beziehung ist einiger Zweifel gerechtfertigt, da man weiss, dass Thyreoidvergrösserung eine der constantesten Begleiterscheinungen des Morbus Basedow ist. In den 6 Fällen, in dem das Lebensalter der Patienten 50—72 Jahre betrug, zeigte die Parathyroidea ausgesprochene Fettinfiltration. Einer der Patienten war ein 60jähriger Mann, der im Coma diabeticum gestorben war.

Verf. ist der Ansicht, dass die Parathyroidea in der Jugend von Bedeutung sei, später aber der Fettinfiltration anheimfalle. Er behandelt ausführlich die anatomischen Verhältnisse der Drüse und meint in Bezug auf die Arbeit von A.

Welsh (Journ. of Anat. and Physiol. 1898): Es sind zwei Theile, ein posterior-superiorer und ein anterior-inferiorer. Sie sind 6—7 mm lang, 3—4 mm breit und 1,5—2 mm dick. Sie haben kreisförmige oder ovale Gestalt, graue Farbe und unterscheiden sich so von der Thyroidea und den Nebenschilddrüsen und Lymphdrüsen. Die obere Parathyroidea liegt gewöhnlich hinter dem Zellgewebe da, wo der hintere Rand der Schilddrüse den Oesophagus berührt, fast in der Höhe des Ringknorpels unmittelbar hinter der Art. thyroidea inferior. Die anterior-inferiore Drüse ist in ihrer Lage veränderlicher. Am häufigsten liegt sie dicht an dem unteren Rand des seitlichen Schilddrüsenlappens, gerade vor der Art. thyroidea inferior oder unter der Schilddrüse vor der Trachea. JAMES DONELAN.

107) **Kuh. Persönliche Erfahrung mit der Serumbehandlung bei Morbus Basedow. (Personal experience with the serum treatment in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1905.*

Verf. hat 11 Fälle mit dieser Methode behandelt; er ist nicht im Stande, über den Heilwerth ein definitives Urtheil abzugeben. Sie scheint zum mindesten eine palliative Wirkung zu haben, indem der Allgemeinzustand sich bessert, die Nervosität nachlässt, der Appetit angeregt wird und die Tachycardie abnimmt. Zeitweilige Wiederholung der Behandlung ist anzurathen. LEFFERTS.

108) **F. Hartley. Thyreoidectomie bei Morbus Basedow. (Throidectomy for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 30. September 1905.*

H. berichtet über 15 Fälle partieller Schilddrüsenexstirpation mit 93,4 pCt. Heilung. In der Literatur finden sich 5 Fälle, in denen nach der Operation die Symptome wiederkehrten. Auch ist bekannt, dass Tetanie und plötzlicher Tod während oder gleich nach der Operation eingetreten ist. Medicamentöse Behandlung soll in jedem Falle zunächst versucht, aber nicht zu lange fortgesetzt werden. Sobald sie versagt, ist die Operation indicirt, besonders wenn ein Colloidkropf vorhanden ist. Als Anaestheticum nehme man Aether oder Gas und Aether. Die angewandte Operationsmethode war in allen Fälle die Kocher'sche. 14 von den operirten Patienten sah Verf. später in ausgezeichnetem Gesundheitszustande; Nervosität und Tremor waren bei allen verschwunden, ebenso war bis auf 3 Fälle der Exophthalmus bei den übrigen nicht mehr vorhanden. Ein Patient starb während der Operation. Im Vergleich mit der Sympathicusresection ist sowohl in Bezug auf die geringere Mortalität wie die besseren Heilungserfolge die Thyreodectomie vorzuziehen. LEFFERTS.

109) **G. E. Pfahler. Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen behandelt. (Exophthalmic goitre treated by the Roentgen rays.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Verf. berichtet über eine Patientin, bei der Monate lang nervöse Symptome bestanden, dann trat eine Schwellung des rechten Schilddrüsenlappens ein. Als der Kropf 2 Monate bestand, wurde mit der Röntgenbehandlung begonnen. Innerhalb 2 Monaten wurden 22 Sitzungen abgehalten. Nach einem Monat war bereits eine Besserung zu constatiren. Pat. hatte 25 Pfund zugenommen, der Puls fiel von 120 auf 72. Bei 31 in der Literatur berichteten Fällen von Kropf, die mit

Röntgenstrahlen behandelt wurden, handelte es sich viermal um Morbus Basedow. Von den 31 Fällen trat bei 28 Besserung ein. LEFFERTS.

110) **Hoegg** (Schussenried). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Möbius.** *Medic. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 19. 1906.*

In 2 Fällen von Morbus Basedowii übte Antithyreoidin einen günstigen Einfluss auf die Herzthätigkeit aus, so dass eines der schwersten Symptome dieser Krankheit wirksam bekämpft werden kann. Unangenehme Nebenwirkungen lassen sich bei Verabreichung von kleinen Anfangsdosen mit allmäliger Steigerung vermeiden. SEIFERT.

111) **A. Aaltsz** (Kolijnsplaat). **Morbus Basedowii und Antithyreoidin Möbius. (Morbus Basedowii en Antithyreoidin Moebius.)** *Geneesk. Courant. 28. April 1906.*

Beschreibung zweier Fälle, in welchen das Mittel einen überraschend günstigen Erfolg bewirkte. H. BURGER.

g. Oesophagus.

112) **Glücksmann** (Berlin). **Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage, 1905.*

„Jeder Fremdkörper bedingt eine Verletzung, die wie jede andere Wunde inficirt werden kann.“ Vortr. spricht sich für möglichst exspectative Behandlung und gegen leichtfertigen Gebrauch von Instrumenten, die die Infectionsgefahr vergrössern, aus. Möglichst soll eine Röntgenaufnahme der Oesophagoskopie vorausgehen.

In der Discussion berichtet Alexander von einem Fall, der nach Verschlucken eines Knochens Schüttelfröste und 40° Fieber bekam, welches dann aber nach einigen Tagen — „wahrscheinlich durch Eröffnung eines ösophagealen Abscesses“ — plötzlich abfiel. A. Fränkel beobachtete einen Kranken, „bei dem sich ein verschluckter Knochen vom Sinus Morgagni aus einen Weg nach aussen gebahnt hatte.“ ALBANUS (ZARNIKO).

113) **Glücksmann** (Berlin). **Demonstration eines Falles von traumatischer Oesephagusfissur.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. Vereinsbeilage. 1905.*

Die Oesophagusfissur rührte von der Kante eines Brötchens her.

ALBANUS (ZARNIKO).

114) **Bakaleinik** (Kiew). **Ueber eine Modification meines Hydrodilatators zur Extraction von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. 1905.*

Der Apparat besteht aus einer metallenen Spritze, an die eine lange elastische, blind endende Gummiröhe zu befestigen ist, die 8 cm vom Ende ab sehr dehnbar, weiter oberhalb in Folge Umwicklung mit Seide nicht auftreibbar ist. Wie eine

Magensonde soll der Gummischlauch am Fremdkörper vorbei eingeführt, dann mit Wasser aufgebläht werden und so, im aufgeblähten Zustande, beim Herausziehen den Fremdkörper mit hinaus befördern. ALBANUS (ZARNIKO).

115) **L. van der Hoeven** (Haag). **Die Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre des Kindes. (Over de behandeling van vreemde lichamen in den slokdarm van het kind.)** *Geneesk. Courant. 21. April 1906.*

Besprechung und Erwägung der verschiedenen Behandlungsmethoden anlässlich eines Falles, wo eine Münze mittelst Oesophagotomia externa entfernt wurde. H. BURGER.

116) **T. T. Reitenwald. Eine nach 219 Tagen aus dem Oesophagus eines Kindes entfernte Münze. (A coin removed after 219 days in the oesophagus of a child.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Bericht über einen, ein 2jähriges Kind betreffenden Fall. LEFFERTS.

117) **Stuart Mc. Guire. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Januar 1906.*

Verf. bespricht die verschiedenen zur Entfernung der Fremdkörper möglichen Methoden mit besonderer Würdigung der operativen Eröffnung der Speiseröhre. LEFFERTS.

118) **Richelot. Oesophagotomia externa in einem Fall von Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe dans un cas de corps étranger de l'oesophage.)** *Bulletin médical. No. 35. 1906.*

Nach angeblichen Versuchen, das verschluckte Gebiss mittelst verschiedener Instrumente zu extrahiren, machte Verf. die Oesophagotomia externa und Gastrotomie. Einige Tage darauf starb Patient. An die Demonstration dieses Falles vor der Société de chirurgie in Paris schloss sich eine Discussion, an der Sebileau, Pozzi, Picqué, Kirmisson u. A. theilnahmen; alle sind Anhänger der Oesophagotomia externa; keiner spricht von der ösophagoskopischen Untersuchung. BRINDEL.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Lanz, Wie sollen wir sprechen?** Wien 1906.

R. Hennig, Lerne gesundheitsmässig sprechen. Wiesbaden 1906. J. F. Bergmann.

H. Gutzmann, Stimmbildung und Stimmpflege. Wiesbaden 1906. J. F. Bergmann.

In den letzten Jahren ist der Büchermarkt mit einer grossen Anzahl sogenannter populärwissenschaftlicher Abhandlungen über die Bildung, die Pflege und Hygiene der Sing- und Sprechstimme überschwemmt worden: all' diese Bücher und Büchlein wollen den vielen Rednern und Sängern, deren Stimme gefährdet oder gar schon geschädigt ist, zu Hülfe kommen, sie alle wollen lehren, wie man diesem

oder jenem Schaden vorbeugt oder ihn, wenn er schon eingetreten sein sollte, wieder ausbessert. Aber nicht Jeder, der in dieser gewiss lobenswerthen Absicht das Wort ergriffen hat, hat auch wirklich etwas zu sagen gehabt. Die Einen erzählen immer wieder mit unendlichem Behagen dieselben ollen Camellen, andere tragen mit überzeugungstreuester Miene die abenteuerlichsten Ansichten vor — Ansichten, die ihrer Phantasie mehr Ehre machen als ihrem Sachverständniss. Und nicht gar selten hat man nach der Lectüre solch' eines Büchleins die Empfindung, dass dem Verfasser, als er seine „gemeinverständliche" Visitenkarte als Gesanglehrer oder Halsarzt abgab, das eigene Wohl mehr am Herzen lag als das der armen Kranken.

Das Lanz'sche Büchlein erklärt sich selbst bescheidentlich für „sensationell und einzigartig, für unentbehrlich für Lehrer, Sänger, Schauspieler, Professoren, Juristen, Kanzel- und Parlamentsredner, Mediciner und Officiere". Für den recht mässigen Preis von 1,25 Mk. verspricht es „jeder, auch ruinirten Stimme auf Grund seiner Methode metallischen Klang, Wohllaut und Ausdauer zurückzugeben." Mehr kann man für eine Mark und fünfundzwanzig Pfennige doch wirklich nicht verlangen! — Zur Charakteristik des Lanz'schen Buches dürfte es aber jedenfalls genügen, eine einzige, wie der Verf. selbst sagt, vielleicht die wesentlichste unter seinen Vorschriften wiederzugeben. Seite 19 heisst es: „Daher ist vor allem (während des Sprechens) das Zwerchfell einzuziehen und während des Sprechens in dieser Stellung festzuhalten." Wenn Einer so einwandsfrei seine Qualification zum Lehrer nachweist, dann darf die Kritik sich gewisslich jedes weiteren Commentares enthalten.

Auf einem ganz anderen Niveau stehen die beiden anderen, zur Besprechung vorliegenden Abhandlungen. Hennig vertritt in seiner Einleitung den sehr vernünftigen Grundsatz, dass man die Schüler mit allen, was nur irgendwie über die einfachsten und landhäufigsten Kenntnisse der Anatomie und Physiologie hinausgeht, verschonen soll. Für die praktische Ausübung ihrer Kunst würde ihnen das doch nur sehr wenig nützen. Dahingegen muss aber verlangt werden, dass Jeder, der sich als Lehrer bezeichnet, soweit physiologisch vorgebildet ist, dass er jeden ihm vorkommenden Fall von Stimmbildung auf seine physiologischen Ursachen rückführen kann (S. 13). Auf 40 Druckseiten giebt dann der Verfasser in leicht verständlicher Darstellung eine grosse Reihe von Anweisungen für allerhand Uebungen zur Pflege des Sprachorganes.

Ein vortreffliches Gegenstück zu dem Hennig'schen Büchlein bildet die Gutzmann'sche Broschüre. Hatte sich jener an den Schüler direct gewandt, so sind die Gutzmann'schen Vorlesungen mehr für den Lehrer bestimmt. Sie verdanken ihre Entstehung einer Anregung der Stadt Hamburg, in deren Auftrag der Verf. eine Reihe von Vorträgen über die Stimmbildung und Stimmpflege vor Lehrern und Aerzten gehalten hat. In dem Gutzmann'schen Buche findet man in klarer und leicht verständlicher Form alles das zusammengetragen, was der Sprech- und Gesanglehrer von den anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnissen unserer Sprech- und Singstimme wissen muss, um den von Hennig aufgestellten Forderungen zu genügen. Dieses Buch hat vor vielen ähnlichen Arbeiten den Vorzug, dass es trotz aller Gründlichkeit nicht über den

Rahmen hinausgeht, den der medicinische Fachmann dem Laien, auch dem gebildetsten, gegenüber nun einmal nicht überschreiten darf. Wenn irgendwo, so zeigt sich hier in der Beschränkung der Meister. Wer zu viel giebt, wirkt nicht aufklärend, sondern verwirrend. Das Gutzmann'sche Buch, das diese Gefahr durchaus vermieden hat, verdiente, in allen Anstalten, die sich mit der Ausbildung von Sprech- und Gesanglehrern befassen, obligatorisch eingeführt zu werden. A. Kuttner.

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

40. Sitzung vom 28. März 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Gottlieb Kiaer: Doppelseitige Abducensparese bei Tumor laryngis.

Eine 45jährige Frau, die früher ein 2 Jahre lang dauerndes, schliesslich durch Jodkali geheiltes Geschwür in der linken Achselhöhle gehabt, war seit 1901 heiser; später auch Respirationsbeschwerden. December 1901 Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr; Stimmbänder roth, geschwollen. Nach 5 Wochen wurde die Canüle entfernt, später aber fortwährende stridulöse Respiration. Die Stimmbänder noch immer roth und geschwollen, gehen bei der Inspiration nur sehr wenig auseinander; unterhalb derselben sieht man einen halbkugeligen Tumor, der bis nahe an die vordere Commissur hinaufreicht, während sein hinterer Theil sich schräg nach unten zieht. In der Medianlinie des Halses eine 2—3 cm lange Narbe, dem Spatium crico-thyreoideum entsprechend. — Die neurologische Untersuchung giebt für die Annahme einer Paralyse centralen Ursprungs keine Anhaltspunkte. Vielleicht könnte man sich den Vorgang folgendermaassen denken: Ein luetisches Leiden der Ringknorpelplatte hat die Fixation der Stimmbänder bedingt, die gummöse Infiltration hat später einen Erstickungsanfall verursacht, ist aber wiederum zurückgegangen; bei der in der Eile vorgenommenen Operation ist anstatt einer Tracheotomie eine Crico-Thyreotomie gemacht und die Vorwölbung unterhalb der Stimmbänder ist aus der hierdurch bedingten Knorpelläsion hervorgegangen, die Krümmung der Intumescenz entspricht ja auch der Form der Canüle.

II. E. Schmiegelow: Ein Fall von retrobulbärer Neuritis optica bei eitrigem Leiden der Cellulae ethmoidales posteriores und des Sinus sphenoidalis.

Ein 11jähriger Knabe erkrankte vor 3 Wochen mit Fieber, Kopfschmerzen und Erbrechen; später Schmerzen im linken Auge und Neuritis optica. Die Schleimhaut des hinteren Endes der linken mittleren Muschel geschwollen, Eiter in der Gegend des Sinus sphenoidalis; letzterer wird nach theilweiser Resection der Muschel geöffnet, nachher beträchtliche Erleichterung, Sehvermögen besser.

III. Wald. Klein: Ein Fall von Septumpolypen.

Ein 11jähriger Knabe mit einem rechtsseitigen, blutenden Septumpolypen,

der mittelst der kalten Schlinge abgetragen wird. Mikroskopie (Gregersen): Myxomatöses Angio-Fibrom.

IV. Wald. Klein: Ein Fall von ungewöhnlich grossen Rhinolithen.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

41. Sitzung vom 2. Mai 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Trachealstenose, auf autoskopischem Wege behandelt.

Ein 6jähriger Knabe war wegen Croup tracheotomirt worden, nach Entfernung der Canüle Stenosenerscheinungen. Unterhalb der Stimmbänder eine Granulationsgeschwulst, die durch den Killian'schen rohrförmigen Spatel in Narkose entfernt wurde. Nachher bildete sich 1 cm unterhalb der Stimmritze eine ringförmige Stenose, sodass wiederum tracheotomirt werden musste. Nach der Operation wurde die Passage durch den Kehlkopf immer mehr verlegt. Bei der Tracheoskopie zeigte sich alsdann ein complettes Diaphragma, das mittelst einer Sonde durchbrochen wurde und später durch Intubation fast völlig beseitigt wurde.

II. E. Schmiegelow: Fremdkörper in der Speiseröhre, durch Oesophagoskopie in Narkose entfernt.

Ein 8jähriges Mädchen hatte ein 5 Oerestück verschluckt, seitdem bedeutende Schlingbeschwerden. Die Röntgenaufnahme zeigte die Münze in der Höhe der ersten Vertebra dorsalis sitzend. Ein Oesophagoskop wurde eingeführt und die Münze mittelst eines Häkchens gegen den unteren Rand des Tubus festgehalten, wonach beides zusammen sehr leicht entfernt wurde.

III. E. Schmiegelow: Fall von retrobulbärer Neuritis optica in Verbindung mit einer Sinusitis sphenoidalis und Ethmoiditis.

Ein 18jähriges Mädchen hatte seit $2^1/_2$ Jahren Kopfschmerzen, namentlich in der linken Schläfe, gleichzeitig wurde die Sehschärfe des rechten Auges beeinträchtigt. Die Sehschärfe war sehr wechselnd, auch links bedeutend herabgesetzt; Gesichtsfeld auch eingeengt. Geringe Eiterung aus beiden Nasenhälften. Nach Resection des hinteren Theils der mittleren Muschel und der Vorderwand der Keilbeinhöhle beiderseits sind die Kopfschmerzen jetzt verschwunden und Sehschärfe sowie Gesichtsfeld bedeutend besser.

IV. Gottlieb Kiaer: Cancer laryngis. — Laryngofissur. — Nach 3 Jahren recidivfrei.

Bei einem 57jährigen kräftigen Manne wurde im Mai 1902 am hinteren Theil des Stimmbandes ein röthlicher höckeriger Tumor aufgefunden, Stimmband unbeweglich. Tumor wurde endolaryngeal grössten theils entfernt, wonach beträchtliche Besserung. Mikroskopische Diagnose: Cancer. Am 3. November 1902 Recidiv; nach wiederholten endolaryngealen Eingriffen immerfort Recidiv. Radicaloperation

wurde vorläufig verweigert. Erst im Mai 1903 Laryngofissur und Entfernung des ganzen linken Stimmbandes mit seinen Umgebungen sowie des vorderen Drittels des rechten Stimmbandes. 18 Tage nach der Operation wurde Patient entlassen. Jetzt, 3 Jahre nach der Operation, ist das laryngoskopische Bild genau so, wie $^3/_4$ Jahre nach derselben; die Schleimhaut der linken Kehlkopfhälfte abgeplattet, an der Stelle des linken Stimmbandes ein etwas beweglicher Narbenstrang; rechtes Stimmband von natürlichem Aussehen. Stimme ein bischen klanglos.

Schmiegelow gratulirt K. zum schönen Resultat. Wenn der Kehlkopfkrebs rechtzeitig in Behandlung kommt, werden oftmals gute Resultate erzielt. Wenn nach 3 Jahren noch kein Recidiv erschienen ist, dann kann die Operation als gelungen bezeichnet werden.

Ausserdem eine otologische Mittheilung. Jörgen Möller.

---

c) Wiener larngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

1. Kahler stellt eine Patientin vor, bei welcher ein Spindelzellensarkom der Trachea mittelst Tracheofissur entfernt worden ist.

2. Glas stellt 1. einen geheilten Fall von intramuraler Epithelcyste des Larynx vor, 2. einen Patienten, dessen Nasenrachenraum von Rhinoskleromtumoren gänzlich ausgefüllt war. Bei diesem Patienten kam es während der Bougirung des Larynx zur Perichondritis externa und interna des Schildknorpels.

Discussion:

Prof. Chiari ist der Meinung, dass die durch Bougirung stärker gedrückten Larynxstellen einen locus minoris resistentiae für eine Infection abgeben.

3. Glas demonstrirt ferner eine syphilitische Oberkiefernekrose mit spontanem Durchbruch in die Kieferhöhle und die Spirochaete pallida aus einer Zahnfleischsklerose.

Sitzung vom 6. December 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Marschik.

E. Glas demonstrirt eine Zahnprothese, die er aus dem subglottischen Raum bei einem 37 jährigen Patienten, woselbst die Platte fest eingekeilt war, mit der Schlundzange entfernte; dabei brach die Platte knapp über den Zähnen ab, und die Zähne wurden verschluckt. Patient geheilt.

Glas zeigt folgende anatomische Präparate:

1. Einen Schädel mit völligem Fehlen der rechten Stirnhöhle bei starker Entwicklung der linken. — Hinweis auf die Wichtigkeit röntgenographischer Aufnahmen.

2. Einen Schädel mit völligem Fehlen des linken Ductus nasofrontalis mit weit nach hinten hinüberreichender rechter Stirnhöhle und stark ausgebildeter linker hinterer bulla frontalis.

Fein spricht über die Bedeutung der unteren Muschel für die Luftdurchgängigkeit der Nase in klinischer Beziehung.

Die untere Muschel nimmt einen bedeutenden Einfluss auf den Weg und das Quantum des Athmungsstromes. Es ist nothwendig, die Bedeutung jedes einzelnen Abschnittes der unteren Muschel je nach den Verhältnissen zu würdigen und erst auch genauer Erwägung der Umstände die Ausdehnung des operativen Eingriffes einzurichten. Die vergrösserten vorderen und hinteren Enden beeinträchtigen das Quantum des Luftstromes und geben ihm auch eine veränderte Richtung. Es decken sich die klinischen Erfahrungen nicht vollständig mit den diesbezüglichen experimentellen Ergebnissen.

Discussion:

Roth ist stets dafür eingetreten, dass beim ruhigen Athmen der Luftstrom durch den unteren Nasengang geht und erklärt das Missverhältniss zwischen klinischer und experimenteller Erfahrung damit, dass man mittelst Blasebalg nicht im Stande ist, den natürlichen Vorgang bei der Nasenathmung nachzumachen.

Réthi weist auf seine diesbezüglichen Experimente hin, wonach der Luftstrom vorzugsweise durch den mittleren Nasengang geht und giebt für die Beobachtungen des Vorredners von seinem Standpunkte aus eine Erklärung.

Grossmann meint, dass die divergirenden Ansichten über den Weg des Luftstromes wohl durch die ausserordentliche Mannigfaltigkeit im Bau der Nase begründet sind.

Réthi betont demgegenüber, dass er bei seinen Versuchen auf die verschiedenen Formen der Nase Rücksicht genommen hat.

Weil stimmt den Ausführungen des Vortragenden bei und führt einige eigene Beobachtungen an.

Demonstration:

Hajek. 1. Extraction eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus auf oesophagoskopischem Wege.

Ein spitzer Knochen war durch Bougierung von Seiten eines Arztes erst eingekeilt worden, derselbe konnte auf endoskopischem Wege leicht entfernt werden.

2. Vorstellung zweier nach der Killian'schen Methode operirter Stirnhöhlenempyeme.

Fall 1: Heilung nach primärer Naht in 14 Tagen, Operationsdauer 2 Stunden in Chloroformnarkose. Eine geringe Depression der Vorderwand wird durch Paraffin ausgeglichen werden.

Fall 2: Ebenfalls Heilung per primam, auch hier wird eine Depression mittelst Paraffin ausgefüllt werden.

Hajek verweist auf einige Modificationen der Operation, die er demnächst ausführlich besprechen wird.

3. Bericht über einen Fall von Siebbeinempyem mit nachfolgender diffuser Meningitis nebst mikroskopischer Demonstration.

Warum in diesem Falle der Process der Siebbeineiterung plötzlich auf die Meningen überging, lässt sich nicht mit Sicherheit erklären.

Chiari-Hanszel.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

(Ausführlicher Sitzungsbericht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

XIV. Versammlung am 28. und 29. October 1905 in Utrecht.

Vorsitzender: H. Zwaardemaker.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Zwaardemaker, Vorsitzender, Moll, Kassenwart und Burger, Schriftführer und Bibliothekar.

I. Discussion über die Hörschärfe für Knochenleitung.

II. F. H. Quix: Der Unterricht in Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde an den Reichsuniversitäten in den Niederlanden.

In den Niederlanden existirt nur eine Lehranstalt für unsere Disciplin, an der städtischen Universität in Amsterdam. An sämmtlichen drei Reichsuniversitäten ist dieselbe nur von Privatdocenten vertreten.

Von obligatorischem Unterricht ist noch gar keine Rede. In vollem Einklang mit der Antrittsvorlesung Burger's führt Quix aus, wie die Kenntniss dieser Fächer für den practischen Arzt unentbehrlich ist und erwähnt die einschlägigen Verhältnisse im Auslande.

In der Discussion theilt Delsaux einiges über die Lage dieser Dinge in Belgien mit und schliesst sich dem Vorredner durchaus an.

Auf Antrag Burger's spricht sich die Versammlung einstimmig dahin aus, dass das allgemeine Interesse den officiellen und obligatorischen Unterricht der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zwingend erheischt.

III. H. Braat: Ein Fall von vermuthlichem Entzündungsprocess an der Schädelbasis unter dem Bilde der acuten Mastoiditis auftretend.

IV. G. Brat: Ein Fall von Sinusthrombose mit Totalaufmeisselung unter Erhaltung der Gehörknöchelchen.

V. H. Zwaardemaker: A. Ein schallfreies Zimmerchen.

B. Ueber Schalldruck im Corti'schen Organ.

C. Ein bestimmter bei Asthma vorkommender Typus von Athmungsgeschwindigkeit.

ten Have hat mit Z.'s Aerodromometer zahlreiche Personen untersucht. Bei 5 Asthmatikern fand er ausnahmslos einen abweichenden Athmungstypus. Bei nur wenig verlangsamter und vertiefter Einathmung geschieht die Ausathmung, auch in der anfallsfreien Zeit, in der Weise, dass die Stromgeschwindigkeit rasch ein gewisses Maximum erreicht, um sogleich wieder zu sinken und bei der weiteren Ausathmung auf geringer Höhe zu verbleiben.

VI. H. A. Boon: Demonstration eines an Nasentumor operirten Patienten.

Wiederholte endonasale Abtragungen von Tumorfragmenten, mit schnellem Nachwachsen der Geschwulst. Operation mit Vorklappung der betreffenden Nasenhälfte durch Prof. Narath. Vorläufig kein Recidiv. Wiewohl der klinische Charakter der Geschwulst ein bösartiger war (schnelles Wachsthum, Drüsenschwellung, Abschwächung), wies die mikroskopische Untersuchung der verschiedenen exstirpirten Tumortheile keine Zeichen von Malignität auf. Aehnliches hat B. noch in zwei weiteren Fällen von Nasentumor erlebt.

In der Discussion bemerkt Delsaux, dass es principiell richtiger sei, dass auch die äusseren Operationen an der Nase vom Nasenarzt und nicht vom Chirurgen gemacht werden.

Boon erwidert, dass hier das Interesse der Patienten entscheiden soll. Er selbst verfügte weder über die chirurgische Ausbildung noch über die ausgezeichnete Assistenz des chirurgischen Professors.

VII. H. J. L. Struycken: Das Wahrnehmen und Photographiren von Sprachlauten.

S. hat einen Apparat construirt, der es ermöglicht durch die Luft fortgepflanzte Schwingungen bei 600maliger Vergrösserung wahrzunehmen. Man kann sogar Wellen wahrnehmen, welche von Tönen mit 20000 Schwingungen pro Sec. ausgelöst sind. Diese Curven können bei einer Beleuchtungszeit von $^1/_{30\,000}$ Sec. und 200maliger Vergrösserung photographisch fixirt werden.

In der Discussion erheben Zwaardemaker und Quix Bedenken gegen die Demonstration eines von einem Tuch umhüllten Apparats. Das Verdienst der demonstrirten Methode sei nach Zwaardemaker die Wiedergabe sehr schwacher Laute mittelst Photographie.

VIII. F. G. Quix: Projection von Ohrpräparaten.

IX. N. Delsaux: Die rationelle Behandlung der multiplen Nasennebenhöhleneiterungen, mit Demonstration eines geheilten Patienten.

Mittheilung von 5 Krankengeschichten, in welchen auf dem von Moure für die Operation von Siebbeingeschwülsten angegebenen transnasomaxillaren Wege operirt wurde.

X. H. de Stella. A. Postdiphtheritische Lähmungen und Serumtherapie.

Von französischer Seite ist die Serumtherapie auch gegen die postdiphtheritischen Lähmungen empfohlen worden. Mittelst zahlreicher Experimente an Kaninchen hat de Stella nachgewiesen, dass gegen diese Lähmungen das Serum wirkungslos ist, wovon er auch auf theoretische Ueberlegungen hin a priori überzeugt war.

B. Zwei Fälle von Osteom des Siebbeins.

Beide Fälle wurden nach Moure mit ausgezeichnetem Erfolg operirt.

XI. P. Th. L. Kan: A. Ein Fremdkörper im rechten Bronchus, entfernt mittelst Bronchoskopie.

Die Bohne steckte im rechten Bronchus.

B. Ein Lipom der Speiseröhre.

Die 66jährige Frau hatte ein subcutanes Lipom am Halse und ein gestieltes, vermuthlich vom oberen Theile der Speiseröhre ausgehendes Lipom im Rachen. Sie konnte letzteres durch Bewegungen von Zunge und Rachen in den Mund befördern. Wenn sie es wieder herunterschluckte, war von demselben laryngoskopisch keine Spur mehr sichtbar. Der Stiel wurde mit der Zange gefasst und einfach abgedreht.

C. Drei Fälle von Fremdkörper der Kieferhöhle.

Ein Stück Stroh, vier Jahre vorher durch eine Alveolarfistel vom Pat. hineingesteckt.

Zwei Revolverkugeln, von welchen die eine bei einem Mordattentat die Nasenscheidewand und die rechte laterale Nasenwand perforirte und im rechten Antrum, halbwegs im Siebbein stecken blieb; während die andere bei einem Selbstmordversuch den längeren Weg durch die linke Schläfe, das Gehirn, die linke Orbita, das Siebbein links, die Nasenscheidewand, die rechte untere Muschel und die rechte laterale Nasenwand genommen hatte und am Boden der rechten Kieferhöhle 7 Wochen lang liegen geblieben war, ohne Eiterung zu erwecken.

XII. J. C. Henkes: Ein neues Instrument zur Tonsillotomie mittelst kalter Schlinge.

Die Handhabung des von W. Walb, Heidelberg, angefertigten Instrumentes ist leicht; die operirende Hand befindet sich unterhalb des Mundes des Kranken.

XIII. H. F. Minkema. Intensitätsmessung der Sprechstimme.

M. hat mit einem Pitot'schen Röhrchen die beim Flüstern entstehenden Luftströmungen bestimmt. Das Röhrchen war mit einem Aerodromographen verbunden. Nur die u, o, au, p, b, f konnten registrirt werden.

M. hat auch Versuche gemacht, mittelst des Phonographen die Intensität der Stimme zu berechnen.

XIV. H. J. L. Struycken: A. Verbesserte Schneidezange für Stimmbandwucherungen.

Die von Pfau-Berlin angefertigte Zange hat diese Vortheile: a) Das Maul verschiebt sich beim Schliessen nicht; b) der obere Kiefer ist gefenstert und bequem schräg gestellt; c) der untere Kiefer steht beim Einführen der Zange vertical nach unten und passirt leicht durch die Glottis; d) die Zange schneidet ganz durch.

B. Tonsillenstein.

Im weichen Gaumen, oberhalb der linken Tonsille sass eine harte Geschwulst. Nach Spaltung wurde aus derselben ein 1,5 bis 2,5 cm grosses Kalk-Concrement entfernt.

C. Radiogramm einer Trachealstenose.

Inspiratorische Dyspnoe bei einem 2jährigen Kinde. Tracheotomia inferior ergab erst Erleichterung nach der Einführung einer verlängerten Trachealcanüle. Darauf Besserung des Allgemeinzustandes; Dämpfung über dem Manubrium sterni blieb stationär. Auf der Röntgen-Photographie ist ein deutlicher Schatten über dem Manubrium sichtbar.

XV. W. Posthumus Meyjes: A. Drei seltene Halsgeschwülste.

a) Carcinoma pharyngis bei einer 64jährigen Frau mit auffällig wenig gestörter Euphorie. Nach der Probeexstirpation mittelst Glühschlinge schnelle Wachsthumszunahme. Pharyngectomia dextra.

b) Lipoma laryngis, 28 g schwer, digital entfernt bei einem 8jährigen Knaben, dessen Rachen von der Geschwulst grösstentheils ausgefüllt gewesen.

c) Lipoma pharyngis von Taubeneigrösse, bei einem Kinde von 16 Monaten mit der Schlinge abgetragen.

B. Secundärer Herpes Zoster bei Ohrenleiden.

XVI. A. Sikkel: Ein Fall von Trigeminus-Neuralgie bei Mittelohrleiden.

H. Burger.

IV. Briefkasten.

Begründung einer besonderen Königlichen Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Königsberg.

Seit Beginn dieses Semesters ist in Königsberg eine besondere Königliche Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten errichtet und Prof. P. Gerber mit der Leitung derselben beauftragt worden. Derselbe beabsichtigt, eine Bibliothek für die Poliklinik einzurichten und wird für die Zusendung von Werken, Separatabdrücken etc. aus unserem Gebiete dankbar sein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, September. 1906. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **P. Heymann** (Berlin). **Manuel Garcia und die Erfindung des Kehlkopfspiegels.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Rede, gehalten an Garcia's 100. Geburtstage in der Festsitzung der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin.

ALBANUS (ZARNIKO).

2) **Kirchner** (Berlin). **Ueber die gegenwärtige Epidemie der Genickstarre und ihre Bekämpfung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23 u. 24. 1905.*

Aus den interessanten Mittheilungen sei erwähnt, dass anlässlich der Epidemie das Nasen- und Rachensekret bei 635 an Genickstarre Erkrankten untersucht (durch von Lingelsheim-Beuthen) und 146 mal = 23 pCt. der Diplococcus intracellularis gefunden wurde. Bei Untersuchung des Nasen- und Rachenschleims von 213 Gesunden fand sich 26 mal = 9 pCt. der Diplococcus — aber sämmtliche dieser 26 Gesunden hatten sich in unmittelbarer Nähe von Genickstarrekranken befunden.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Grawitz** (Berlin). **Beobachtungen über die diesjährigen Fälle von Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Im Gegensatz zu Westenhoeffer fand der Autor bei 3 Fällen von Meningitis epidemica in Charlottenburg (während der Zeit der Epidemie in Oberschlesien) Rachenorgane und Nebenhöhlen, speciell Rachenmandel vollkommen intact. Zur Klärung der Frage sind also noch weitere Untersuchungen nöthig.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Westenhoeffer** (Berlin). **Pathologische Anatomie und Infectionsweg bei der Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Als Ergebnisse pathologisch-anatomischer Studien bei der Genickstarre-Epidemie im oberschlesischen Industriebezirk stellt der Autor folgende bemerkenswerthe Sätze auf:

„1. Die Eintrittspforte des Krankheitserregers der Cerebrospinalmeningitis ist der hintere Nasenrachenraum, besonders die Rachentonsille.

2. Die Hirnhautentzündung ist anfangs stets eine basilare, und zwar in der Gegend der Hypophysis. Sie entsteht auf lymphogenem Wege.

3. Die Hirnhautentzündung als Zeichen der Erkrankung des Cavum cranii ist analog den Erkrankungen der Schleimhäute der Nebenhöhlen des hinteren Nasenrachenraums.

4. Niemals oder sicher nur ganz ausnahmsweise entsteht die Hirnhautentzündung durch Fortleitung einer Erkrankung der Siebbeinzellen.

5. Die Krankheit ist eine exquisite Kinderkrankheit.

6. Die von der Krankheit befallenen Kinder und Erwachsenen haben deutliche Zeichen einer sogenannten lymphatischen Constitution.

7. Die Krankheit ist eine Inhalationskrankheit.

8. Ihre Bekämpfung ist ganz wesentlich eine wohnungshygienische Frage.

9. Der Meningococcus Weichselbaum-Jaeger wird zwar in der Mehrzahl der Fälle gefunden, doch ist ein absolut einwandsfreier Beweis, dass er der alleinige Erreger der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ist, noch nicht erbracht".

ALBANUS (ZARNIKO).

5) **von Hansemann** (Berlin). **Discussion zu den Vorträgen über Genickstarre von Kirchner, Westenhoeffer und Grawitz.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24. Vereinsbeilage. 1905.*

Bei der Section eines Falles von Genickstarre achtete der Autor besonders auf Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und des Rachens, konnte aber ausser einem aus Bakterien (ohne den Diplococcus intracellularis, der im Gehirn vorhanden war) und Epidermisschuppen bestehenden Mandelpfropf keine specifische Erkrankung der genannten Gegend finden. ALBANUS (ZARNIKO).

6) **Heubner** (Berlin). **Demonstration eines Falles von epidemischer Cerebrospinalmeningitis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 33. 1905.*

In der Discussion wird auf Anfrage vom Vortragenden erwähnt, dass deutliche Schwellungen der Rachenmandel bei dem vorgestellten Kinde beobachtet wurden; ebenso berichtet Scheibe, dass er bei einer Epidemie in Strassburg im 14. Pionierbataillon ebenfalls Erkrankung der Rachenmandeln gesehen habe, wie sie Westenhoeffer bei der schlesischen Epidemie gefunden habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **J. L. Harkness. Hals- und Nasenkrankheiten vom Standpunkt der Constitution aus. (Nose and throat diseases from a constitutional standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1906.*

Verf. macht auf die Beziehungen zwischen Erkrankungen der oberen Luftwege und allgemeinen Constitutionskrankheiten aufmerksam, z. B. Pharyngitis und Laryngitis einer-, Gicht- und Rheumatismus andererseits; ferner adenoide Vegetationen und Magenstörungen, Nasenerkrankungen und Genitalaffectionen etc.

LEFFERTS.

8) **Discussion über Erkrankungen der oberen Luftwege. (Symposium on diseases of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 10. März 1906.*

Freudenthal spricht über neuere Fortschritte bei den Erkrankungen der oberen Luftwege.

Raynor behandelt die Hypertrophie der Rachentonsille.

Er hat bei ganz kleinen Kindern bisweilen Erfolge durch Einträuflung aus Menthol und Eucalyptol enhaltenden Oels in beide Nasenlöcher bei Rückenlage erzielt. Das Instrument, das er zur Operation gebraucht, ist ein modificirtes Gottstein'sches Messer, ferner eine besonders gebogene Curette für die Hinterwand.

Hubert Arrowsmith bespricht die Nebenhöhlenerkrankungen und ihre Behandlung.

Strani hat sich die Indicationen der Behandlung bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen zum Thema gewählt.

LEFFERTS.

9) **Isidor Kornfeld** (Alexandrien). **Zur Kenntniss der Verbreitung des Skleromes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1905.*

Bericht über einen klinisch und mikroskopisch sicher gestellten Fall von Sklerom bei einer 21jährigen Araberin in Alexandrien.

HECHT.

10) **L. Rabourdin. Beitrag zum Studium des primären Lupus der oberen Luftwege. (Contribution à l'étude du lupus primitif des voies aériennes supérieures.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Die Arbeit handelt von dem Lupus der Nase des Rachens und Kehlkopfs; es werden die verschiedenen Modalitäten im Verlauf der Erkrankung je nach ihrem Sitz geschildert. Verf. betont besonders, dass ein Schleimhautlupus ohne Betheiligung der Haut nicht selten ist; besonders gilt dies vom Lupus der Nase. Eine hervorragende Bedeutung für die Entwicklung des Lupus hat die Syphilis; in Folge des Nebeneinanderbestehens beider Krankkeiten kann die Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten, da ihre Symptome sich in manchen Fällen ungemein ähneln.

A. CARTAZ.

11) **v. Neumann** (Wien). **Ueber die Localisation des Lichen planus auf der Schleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 17. 1906.*

Am häufigsten kommt Lichen planus der Mundschleimhaut an der Zunge, den Wangen, dem Gaumen, den Lippen, dem Zahnfleisch, ausnahmsweise auch im Rachen und Kehlkopf vor — auch primär. Es bestehen meist geringe oder keine subjectiven Beschwerden, der Verlauf ist ein chronischer. Die Diagnose ist mitunter schwierig wegen der grossen Aehnlichkeit mit syphilitischer Leukoplakie.

CHIARI-HANSZEL.

12) **James P. Marsh. Ein Fall von Mycosis fungoides mit symptomatischer Heilung durch X-Strahlen. (A case of mycosis fungoides symptomatically cured by means of x-rays.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905.*

Die Affection betraf bei dem 60jährigen Patienten den Nacken, die Nase und Oberlippe; eine Heilung trat ein nach 16 Sitzungen von je 10 Minuten Länge.

EMIL MAYER.

13) **John A. Fordyce. Ein Fall von tropischer Ulceration der Nase, des Rachens und Kehlkopfs mit histologischem Befund. (A case of tropical ulceration involving the nose, pharynx and larynx with histological findings.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1906.*

Die Affection bestand in einer seit 6 Jahren datirenden chronischen Ulceration, deren Sitz die Oberlippe, Nasenlöcher, Thränencanal, Nasenrachen und Larynx war; Patient war ein aus Panama gebürtiger Neger. Man hielt die Erkrankung zuerst für syphilitischer Natur; sie wurde durch grosse Gaben Jodkali und Hg. nicht beeinflusst. Tuberculininjectionen hatten keine Reaction zur Folge; auch konnten in den Sekreten keine Tuberkelbacillen gefunden werden. Nach Impfung einer Taube entwickelte sich eine Folliculitis mit secundärer Ulceration. Histologisch erwies sich die Affection als ein der Tuberculose ähnliches Granulom.

LEFFERTS.

14) **A. G. Hobbs. Einiges über Gebrauch und Missbrauch der Galvanokaustik. (Some of the use and abuse of the galvano-cautery.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. Februar 1906.*

Die Arbeit enthält eine Summe von Ungeheuerlichkeiten. Bei der Besprechung der Nasenverstopfung sagt Verf., es sei jetzt mit Hülfe des Adrenalins leichter, die obere Muschel zu erreichen. Für die Nase will er den weissglühenden, für die Ulcerationen der Stimmbänder den rothglühenden Cauter gebraucht wissen. Er heilt „katarrhalische Neuralgieen" durch tiefe Galvanopunctur. Die Diagnose der Nasenhöhlenerkrankungen stellt er einfach nach dem Sitz des Schmerzes u. s. w. Die beigegebene Bibliographie enthält nicht nur die Namen, sondern auch die Adresse der Autoren.

EMIL MAYER.

15) **Thomas J. Harris. Ein Fall, der die Folgen kritikloser Anwendung der Galvanokaustik veranschaulicht. (Caso illustrative of the after effects of the free use of the galvano-cautery.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Patient, um den es sich handelt, kam in die Klinik des Verf. mit einer intranasalen Deformation, wie dieser, seiner Angabe nach, noch niemals eine ähnliche gesehen hat. Die Deformation rührt davon her, dass Patient wegen einer Nasenverstopfung von einem Arzt mit Galvanokaustik behandelt worden war. Das Septum fehlte ganz, es bestand Trockenheit und Borkenbildung in der Nase. Ferner war ein septischer Zustand und eine acute Warzenfortsatzeiterung auf der betreffenden Seite eingetreten, die eine Operation erforderlich machte.

EMIL MAYER.

16) **Ducellier. Licht und Galvanokaustik. Installationen bei Anschluss an die städtische Leitung. (Lumière et galvano-caustic; installations sur canalisations électriques urbaines.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Verf. giebt sehr nützliche Rathschläge über elektrische Einrichtungen zu ärztlichen Zwecken mit besonderer Berücksichtigung der Combination von Licht und Causstik.

E. J. MOURE.

17) **Helbing** (Nürnberg). **Instrumententisch mit elektrischen Anschlussapparat für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1906.*

Der in der Arbeit abgebildete Instrumententisch ist von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen zu beziehen.

HECHT.

18) **R. Freund** (Hansasanatorium, Danzig). **Eine für Röntgenstrahlen undurchlässige, biegsame Sonde.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1906.*

Die Röntgenfabrik C. H. F. Müller in Hamburg, die einen für X-Strahlen undurchlässigen, gummiartigen Stoff für Schürzen, Handschuhe u. A. darstellte, veranlasste Autor zur Anfertigung einer leichten und biegsamen Oesophagussonde aus diesem Stoffe. Diese Sonde hat sich nach jeder Richtung hin bewährt und wird vom Patienten einige Minuten gut ertragen. Analoge Sonden können auch für das Rectum entsprechende Verwendung finden.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **W. Anton** (Prag). **Congenitaler Verschluss der linken Choane.** *Prager med. Wochenschr. No. 45. 1905.*

53jährige Frau. Die linke Choane von einer sehnig weissen Platte verschlossen, die Gefässramification und eine mittlere Delle zeigt. Die linke untere Muschel stark hypertrophisch. Hoher spitzer Gaumen, Alveolarrand zeigt keine Einknickung.

CHIARI.

20) **A. Baurowicz** (Krakau). **Angeborener doppelseitiger Verschluss der vorderen Nasenöffnungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. Heft 1. S. 161.*

Eine seltene Bildungsanomalie, von der Baurowicz in der Literatur nur 9 Fälle findet. Sein eigener Fall betrifft ein Kind von 3 Monaten; der häutige Verschluss, der eine minimale (nur links mit der Sonde constatirbare) Oeffnung zeigte, wurde mit dem Elektrokauter operirt und durch Einlagen Asch'scher Nasenröhrchen offen erhalten.

F. KLEMPERER.

21) **H. S. Birkett. Zwei Fälle von knöchernem Verschluss der rechten Choane. (Two cases of bony occlusion of the right posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juli 1905 und Montreal Medical Journal. Juni 1905.*

Es handelt sich um weibliche Patienten im Alter von 8 und 23 Jahren. Die Krankengeschichte ist bei beiden die gleiche. Bei der zweiten Patientin fand Verf. die rechte Nase völlig ausgefüllt mit zähem schleimigen Secret, das erst durch mehrfaches Ausspülen und Auswischen zu entfernen war. Die Rhinoskopia anterior zeigte die Nasenhöhle sehr weit in Folge mangelhafter Entwicklung der mittleren und unteren Muschel. Die Sondenuntersuchung ergab, dass die rechte Choane durch eine knöcherne Wand verschlossen war. Geruchs- und Hörempfindung waren auf der betreffenden Seite herabgesetzt. Unter Aether wurde der

knöcherne Verschluss mit einem elektrischen Drillbohrer durchbohrt; die Oeffnung wurde durch einen Jodoformgazestreifen offen gehalten. Heilung.

LEFFERTS.

22) W. G. Porter. **Bemerkungen über einen Fall von congenitalem Choanalverschluss. (Notes on a case of congenital atresia of the choana.)** *Edinburgh Medical Journal. Februar 1906.*

Verf. berichtet im Detail über einen in der Poliklinik von Scheier (Berlin) beobachteten Fall. Das Hauptinteresse besteht in der gleichzeitig vorhandenen Asymmetrie des Gesichts. Die der congenitalen Atresie entsprechende Gesichtsseite war die kleinere.

A. LOGAN TURNER.

23) W. C. Posey. **Augensymptome bei Nebenhöhlenaffectionen. (Ocular symptoms of accessory sinus affections.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1905.*

In manchen Fällen von Nebenhöhlenaffectionen bestehen die frühesten Symptome in Störungen von Seiten der Augen, Refractionsanomalien und Schmerzen. Weniger häufig ist ein Ergriffensein des Sehnerven. Oft findet man eine Veränderung der Contour der Orbitalhöhle. Die Sinusitis ist selten die Ursache einer Erkrankung des Thränenapparates; häufiger kommt diese indirect auf dem Wege durch die Nasenschleimhaut zu Stande. Oedem der Augenlider ist ein sehr häufiges Zeichen von Nebenhöhlenerkrankung und kann zuerst den Verdacht auf eine solche erregen; es ist ein nicht entzündliches Oedem, zeigt sich gewöhnlich besonders ausgesprochen am oberen Lid und hauptsächlich des Morgens, um im Laufe des Tages zu verschwinden. Auch hartnäckige Blepharitis und Conjunctivitis findet sich und verschwindet erst nach Beseitigung des Nebenhöhlenleidens. Parese der extraocularen Muskeln, die man bisweilen als rheumatisch ansieht, hat nach P. ihren Grund öfter in Nebenhöhlenerkrankungen. Cornealgeschwüre können als Folge eines durch Sinusempyem bedingten Exophthalmus oder in Folge Ergriffenseins des 5. Hirnnerven auftreten. Intraoculäre Erkrankungen sind seltene Begleiterscheinungen der Sinuserkrankungen; dagegen kommen Refractionsstörungen und Asthenopie als Folge des Druckes in der Orbita und entzündliche Vorgänge an den Muskeln vor.

LEFFERTS.

24) Chauveau. **Syphilitische Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhlen. (Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires.)** *Archives internat. de Laryngologie. März-April. No. II. 1905.*

Verf. bespricht eine Anzahl von Beobachtungen über Nebenhöhlen-Erkrankungen, bei denen eine Hg-Behandlung von ausgesprochenem Erfolg begleitet war. Er führt als Unterscheidungsmerkmal dieser specifischen Empyeme von den gewöhnlichen chronischen an, dass bei ersteren eine auffallend geringe Eitermenge vorhanden ist. Die Erkrankung kann ihren Ursprung von der knöchernen Wand nehmen.

E. J. MOURE.

25) Jambon. **Ueber syphilitische Sinusitis. (Des sinusites syphilitiques.)** *Thèse de Bordeaux. 1905.*

Verf. berichtet über vier Fälle. Die syphilitische Sinusitis unterscheidet sich

von der gewöhnlichen chronischen durch mehrere Characteristica, u. a. durch mehr oder minder starke spontane Schmerzen, nächtliche Exacerbationen, Schmerzempfindung bei Druck auf den erkrankten Sinus, bisweilen äusserliche Entstellung, grössere Blutung bei der Punction oder Operation, den Erfolg der specifischen Behandlung etc.

E. J. MOURE.

26) **James E. Logan. Syphilis der Nase und Nebenhöhlen. (Syphilis of the nose and accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Verf. bespricht die Diagnose und Symptomatologie und verweilt besonders ausführlich bei der Behandlung mittelst Jodpräparate.

EMIL MAYER.

27) **Joseph H. Abraham. Syphilitisches Empyem der Nasennebenhöhlen nebst Bericht über vier Fälle. (Syphilitic empyema of the accessory sinuses of the nose with a report of four cases.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1906.*

In den vier Fällen entstand die Eiterung zweifellos durch eine gummöse Periostitis und Ostitis und Secundärinfection durch pathogene Bakterien. Ein specifischer Mikroorganismus liess sich bei der bakteriologischen Untersuchung in keinem Falle feststellen. Die Behandlung bestand in Jodkali innerlich und in täglichen Ausspülungen der Höhle. Nach 2 Monaten waren alle Spuren der gummösen Infiltration verschwunden, doch bestand noch eitrige Absonderung mit Foetor; um dies zu beseitigen, wurde die Höhle eröffnet, drainirt und die nekrotischen Siebbeinknochen entfernt.

LEFFERTS.

28) **Grünwald** (Reichenhall). **Verfahren zur Freilegung sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase und des Naseninneren.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

Schilderung der bei Operation einer schweren Nasentuberculose bewährt gefundenen Methode.

SEIFERT.

29) **Cheval. Behandlung der Nasennebenhöhleninfectionen. (Traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1905.*

Sich anlehnend an Chipault's operative Chirurgie und der Onodi'schen Abbildungen zur Illustration sich bedienend, giebt der Autor einen klaren Ueberblick über den heutigen Standpunkt der Behandlung: 1. der einfachen Sinusiten (der Sin. frontalis, maxillaris, sphenoidalis und der Siebbeinzellen); der Polysinusitiden, die Verfahren von Jansen, Rougé, Bardenheuer, Killian, Piqué, Toubert und Jacques erwähnend; 3. der Pansinusitiden; nach Aufzählung der einzelnen von den verschiedenen Autoren ausgeübten Verfahren macht er eine genaue Beschreibung der Moure'schen Operation mit geringer Modification nach Delsaux und Broeckaert, welche im Grunde in der Panas-schen Incision vereint mit der Moure'schen Technik besteht, und welche er verschiedene Male vorgenommen hat. Er resumirt sich dahin, dass die katarrhalischen Sinusitiden und die Retention sinusaler seröser Ergüsse nur dann eine Intervention erheischen, wenn schwere Retentionserscheinungen auftreten. Wenn die Secretion dann flüssig ist, kann man in erster Linie die Resection der mittleren Muschel, der Bulla ethmoid., oder der vorderen unteren Sphenoidalwand versuchen. —

Wenn Fungositäten und recidivirende polypöse Massen das gesammte Nebenhöhlensystem ausfüllen, dann dränge sich die Moure'sche Operation auf und man habe in der That nur selten eine ausgedehnte Intervention zu bereuen.

BAYER.

30) **Delsaux** (Brüssel). **Die rationelle Behandlung multipler Eiterungen der Nasennebenhöhlen. Vorstellung eines geheilten Patienten. (La cure rationelle des suppurations multiples des cavités annexes des fosses nasales.)** *La Presse oto-laringologique Belge. No. 12. 1905.*

Operation und Heilung einer 32jährigen Patientin mit chronischer Eiterung der rechten Sin. frontal. und maxill. mit Theilnahme des gleichseitigen Sin. ethmoid. Die Operation war folgende: Incision der Haut von der Mitte der Augenbrauen an längs des Orbitalrandes, dann den inneren Augenwinkel umschreibend längs der Seitenfläche der Nase bis in die Nasenwangenfurche hinein; nachdem die Weichtheile zurückgeschoben, drang der Operateur durch die untere Wand in den Sin. frontal. ein, denselben ausforschend und curettirend. In einer zweiten Zeit nahm er die Resection des Nasenbeines und des aufsteigenden Astes des Oberkiefers vor, drang darauf am oberen inneren Winkel in das Antrum Highmori vor, curettirte dasselbe, brach die vordere und innere Wand desselben ein; ebenso wurde ein grosser Theil des Siebbeins entfernt. Die Fronto-Naso-Maxillarlücke wurde tamponirt, die Nase in ihre Lage zurückgebracht und die Wunde mit Metallagraffen genäht. Vereinigung per primam. Der Verband wurde vom 2. Tage ab entfernt; vollständige und definitive Heilung. Der Autor lässt dieser Mittheilung die Beobachtungen von 4 anderen auf die gleiche Weise operirten Fällen folgen und knüpft daran folgende Reflexionen: um rationell zu sein, muss die Intervention die Exploration und Curettage aller kranken Nebenhöhlen gestatten, man muss ausserdem noch methodisch die ganze Schleimhaut der Nase und deren Nebenhöhlen, die Muscheln mit einbegriffen, entfernen; andererseits muss man, wenn man auch den Eingriff für schwer erachtet, bedenken, dass die multiplen Gesichtseiterungen die damit behafteten Kranken in einen Zustand socialer Inferiorität versetzen und dieselben den gefürchtetsten endocraniellen Complicationen, die wir kennen, aussetzen. Delsaux hält den Moure'schen transnasomaxillären Weg zur Entfernung von Siebbeintumoren für das ausgewählte Verfahren zur Heilung von Gesichtssinusitiden, jedenfalls für den rationellen, wenn nicht zu sagen radicalen Vorgang.

Die Zukunft wird ihr definitives Urtheil über das von dem Autor angepriesene Operationsverfahren aussprechen.

BAYER.

31) **William W. Carter. Ein Fall von schwerster Sepsis infolge multipler Sinusitis nebst Beschreibung der Operation. (A case of extreme sepsis from multiple sinusitis with description of operation.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Mai 1905.*

Verf. knüpft an seinen Fall Erörterungen über Differentialdiagnose bei der Möglichkeit, dass der Symptomencomplex die Folge einer Sepsis, einer Nephritis oder multiplen Arthritis sein kann.

LEFFERTS.

32) **Kozaczek. Beitrag zur Behandlung der chronischen Eiterung des Antrum Highmori. (W sprawie leczenia ropnych zapalen zatoki Highmera w zokresie dentystycznym.)** *Przeglad Lekarski. No. 6. 1906.*

Verf. beschreibt einen neuen Obturator, mittelst welchem einige Fälle des bezüglichen Leidens von ihm behandelt wurden und günstig verliefen.

A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Nielsen Edo** (Dänemark). **Ein Fall von chronischem Empyema sinus maxillaris ohne nasale Symptome. (Et Tilfälde af kronisk Empyema Sinus maxillaris uden nasale Symptomer.)** *Ugeskrift for Läger. p. 515. 1906.*

Es handelte sich um einen Fall von Zahncyste, die sich in der Oberkieferhöhle bei einer 46jährigen Dame entwickelt und Erweiterung der Oberkieferhöhle hervorgebracht hatte. Bei der Incision wurde hauptsächlich seröse Flüssigkeit entleert.

(Von Empyem war in der Wirklichkeit gar keine Rede. Ref.)

E. SCHMIEGELOW.

34) **A. Capart. Zahnimplantation des Sinus maxillaris. (Implantation dentaire dans le sinus maxill.)** *La Presse Med. Belge. No. 26. 1905.*

In der Sitzung vom 9. September 1905 der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler stellt C. eine 48jährige Frau vor, welche in der Gegend der Fossa canina eine Hervorwölbung hatte, die das Gefühl einer Cyste gab und seit $1^1/_2$ Jahren lebhafte Schmerzen in der linken Gesichtsseite verursacht hatte. Die Trepanation des Antrums ergab eine grosse Quantität Eiters (? Ref.) und liess auf der inneren Sinusseite im Niveau des mittleren Nasenganges deutlich einen normal entwickelten Zahn erkennen, der nächstens entfernt werden soll. (!) Zu bemerken sei, dass kein Eiterausfluss aus der Nase stattgefunden hat. (Natürlich! Ref.)

BAYER.

35) **Otto J. Freer. Die operative Behandlung des Highmorshöhlenempyems. (The operative treatment of empyema of antrum of Highmore.)** *Chicago Medical Recorder. Juli 1905.*

Verf. bevorzugt die intranasale Operation. Es wird zuerst die untere Muschel entfernt, dann die nasale Kieferhöhlenwand mit Electrotrephine durchbohrt. Tamponade mit Bismuth. subnitr.-Gaze.

EMIL MAYER.

36) **Herman Stolte. Stellt die Denker'sche Radicaloperation der Highmorshöhle einen Fortschritt in der Nebenhöhlenchirurgie dar? (Does Denkers radical operation on the antrum of Highmore represent progress in surgery of the sinuses?)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Verf. betrachtet die Denker'sche Operation als äusserstes Mittel in schweren Fällen. Er hat sie 3mal gemacht, war über ihre Einfachheit erstaunt, hat auch niemals irgendwelche Deformität danach gesehen, die Resultate waren höchst befriedigend, die Nachbehandlung schmerzlos und Recidive auch in den schwersten Fällen ausgeschlossen. Verf. giebt dann eine ausführliche Darstellung der Denker-schen Operationsmethode.

EMIL MAYER.

37) **Geo L. Richards. Die Behandlung der Oberkieferempyeme durch die Nase. (The treatment of empyemata of the maxillary sinus trough the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 23. September 1905. Journal of the American Association. 16. September 1905.*

Verf. sucht erst festzustellen, ob es sich um ein Empyem nasalen oder dentalen Ursprungs handelt. Im letzteren Fall wird zunächst die Zahnerkrankung beseitigt und dann eine entsprechende Behandlung eingeleitet. Im Falle eines Empyems nasalen Ursprungs wird erst eine Heilung durch Ausspülungen von der natürlichen Oeffnung her versucht. Führt dies nicht zum Ziel, so wird ein besserer Abfluss dadurch geschaffen, dass eine Oeffnung unterhalb oder oberhalb der unteren Muschel angelegt wird. Eine Entfernung der unteren Muschel macht Verf. nur, wenn diese stark vergrössert ist. Die Oeffnung vom unteren Nasengang aus kann so gross gemacht werden, dass die Höhle curettirt und mit Gaze tamponirt werden kann. Tritt nach der Behandlung von der Nase aus keine Besserung ein oder ist polypoide Degeneration vorhanden, so muss man zur Radicaloperation von der Fossa canina aus schreiten. Die meisten Patienten können jedoch von der Nase aus geheilt werden. LEFFERTS.

38) **H. Köllreutter** (Rostock). **Die Erfolge der Desault'schen Operation des Kieferhöhlenempyems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Autor berichtet über 66 nach dieser Methode in der Körner'schen Klinik operirte Kieferhöhlenempyeme, von denen 61 ein einwandsfreies, dauerndes Heilungsresultat ergaben. Er bezeichnet die Desault'sche Methode „als die einfachste und zugleich beste", die „eine vollkommene Uebersicht über das Operationsfeld, einen einfachen, bequemen und allein die Heilung garantirenden Modus der Nachbehandlung und die absolute Restitutio ad integrum in den Beziehungen der Kieferhöhle zu Nase und Mund" ermögliche, und verwirft die anderen, neueren Methoden, die anormale Verhältnisse in den Beziehungen zu der Nase schaffen und eine rationelle Nachbehandlung unmöglich machen. HECHT.

39) **Harris P. Mosher. Die angewandte Anatomie der Stirnhöhle. (The applied anatomy of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 7. September 1905.*

Die sehr interessante und gründliche Arbeit verdient durchaus im Original gelesen zu werden. Hervorgehoben sei Folgendes: Ein Studium der Anatomie des Ductus naso-frontalis zeigt, dass es nur ein Zufall ist, wenn die Stirnhöhle katheterisirt werden kann; die Richtung des Canals verläuft sehr schräg von oben nach unten und von vorn nach hinten. Die Mündung des Ductus ist durchschnittlich 50 mm von Meatus entfernt. Um den Sinus katheterisiren zu können, ist es stets erforderlich, das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen. Natürlich müssen eventuell bestehende Polypen zuvor beseitigt werden. Das Vorgehen beim Katheterisiren ist folgendes: Die Sonde wird ungefähr in einem Winkel von 90° gebogen und zwischen dem vorderen Ende der mittleren Muschel und der Bulla ethmoidalis eingeführt. Sie wird dann vorgeschoben und nach aussen rotirt, bis sie in die Rinne des Processus unciformis gelangt. Der Griff wird dann gesenkt

und wenn, wie es unter vier Fällen immer einmal vorkommt, der Ductus nasofrontalis sich in die Rinne des Processus unciformis fortsetzt, so gleitet die Sonde in den Sinus, der Griff fällt nach hinten und liegt dicht gegen die Schneidezähne. Anderenfalls geräth die Sonde in die vorderen Siebbeinzellen. In der Mehrzahl der Fälle durchbricht man mit der Sonde die Basis der Siebbeinzellen und gelangt so in die Stirnhöhle.

EMIL MAYER.

40) **Frederick C. Cobb. Stirnhöhlenempyem. (Empyema of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. August 1905.*

Verf. bespricht die Diagnose, Symptomatologie und die einzelnen Operationsverfahren, deren Vortheile und Nachtheile er folgendermaassen zusammenfasst: Die Ogston-Luc'sche Methode hat den Vorzug der geringen Deformität, dagegen treten häufig Recidive ein; dasselbe gilt von dem Jansen'schen Verfahren. Bei den Operationsmethoden nach Kuhnt, Ridell und Coakley liegen die Verhältnisse gerade umgekehrt: der Sinus wird zerstört und damit ist ein Recidiv ausgeschlossen, jedoch ist eine mehr minder grosse Gesichtsdeformität die Folge, am wenigsten bei dem Coakley'schen Verfahren. Die Killian'sche Operation scheint neben anderen Vorzügen auch den zu haben, dass die Siebbeinzellen genügend berücksichtigt werden; jedoch ist es bisher wegen der äusseren Entstellung und der Gefahr für das Auge schwer zu beurtheilen, welchen practischen Werth sie hat.

EMIL MAYER.

41) **Scholle. Ueber Stirnhöhlenempyeme bei Kindern in Verbindung mit Infectionskrankheiten. (Ob empiemach lobnich pasuch w dotai w swjasis infectiommini lobsnjami.)** *Med. obosr. Bd. 64. No. 15. 1905.*

S. führt zwei eigene Beobachtungen an. Der erste Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der Morbilli und Mastoiditis hatte. Der letzen Complication wegen wurde er operirt. Trotzdem starb er an Meningitis. Bei der Section fand man die rechte Stirnhöhle voll Eiter. Schwellung und Schmerz über dem rechten Auge hatte man falsch gedeutet.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 9jähriges Mädchen, bei welchem auch die Diagnose auf dem Sectionstische gestellt wurde: Meningitis nach Scharlach infolge von rechtem Stirnhöhlenempyem.

P. HELLAT.

42) **G. Puccioni. Mucocele der Stirnhöhle; klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag. (Mucocele del seno frontale; contributo clinico ed anatomopatologico.)** *Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma. 1904.*

Verf. berichtet über einen interessanten, eine Frau betreffenden Fall, in dem Syphilis und Trauma ausgeschlossen war; das hauptsächlichste Symptom bestand in sehr hartnäckigen Neuralgien im Gebiet des ersten Trigeminusastes. Die Geschwulst wurde, nachdem Patientin 7 Jahre lang an ihrer Erkrankung gelitten hatte, mit glücklichem Erfolg entfernt.

FINDER.

43) **St. Clair Thomson. Stirnhöhlenempyem; zwei Todesfälle nach Operation. (Frontal sinusitis; two cases of death after operation.)** *Lancet. 12. August 1905.*

Der eine Fall betraf eine 27jährige Frau mit beiderseitigem Empyem der

Stirnhöhle, Siebbeinzellen und Oberkieferhöhle; es wurde die linke Oberkieferhöhle nach dem Caldwell-Luc'schen Verfahren eröffnet. Am Tage, als Patient das Krankenhaus verliess, zeigte sich unter grossen Schmerzen eine Anschwellung über beiden Stirnhöhlen. Einen Monat darauf wurde Pat. wieder ins Krankenhaus aufgenommen; mittels dreier Operationen wurden die Stirnhöhlen und Siebbeinzellen eröffnet. Jedoch starb die Kranke nach 2 Monaten an Leptomeningitis.

Im zweiten Fall starb die 17jährige Patientin 18 Monate nach der ersten Operation an der Stirnhöhle, obwohl noch eine Anzahl weiterer Eingriffe vorgenommen war.

ADOLPH BRONNER.

44) **Delsaux. Radicalcur der Sinusitis fronto-ethmoido-maxillaris. (Cure radicale de la sinusite fronto-éthmoido-maxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 10. 1905.*

D. bedient sich eines von den klassischen Methoden merklich abweichenden Verfahrens. Dank der Moure'schen Incision dringt er in alle Nebenhöhlen ein und schafft sich einen Einblick in die ganze Tiefe der offen liegenden Nebenhöhle. Innerhalb 14 Tagen sind die ausgedehnten Verletzungen ausgeheilt.

Es ist dies ein Verfahren, welches die französischen Rhinologen bei der Versammlung der französischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Paris adoptirt haben. Jedoch ist Verf. im Gegensatz zu anderen der Ansicht, dass, wenn die Operation vollständig ausgeführt würde, anstatt einer doppelten Nasen- und Hautdrainage die einfachen Nasendrainage genüge.

PARMENTIER (BAYER).

45) **Mercier. Operative Behandlung der chronischen Frontoethmoidalsinusitis. (Traitement opératoire de la sinusite fronto-éthmoïdale chronique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 46. 1905.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler vom 9. September 1905 stellt M. einen Kranken vor, bei welchem er folgende Operation vorgenommen hatte: Resection der vorderen Sinuswand und des Orbitalrandes; Resection der Orbitalapophyse des Stirnbeins, des aufsteigenden Astes des Oberkiefers in der Ausdehnung von 12 mm in der Höhe des Canal. nasofrontal.; Resection des Unguis an der der vorderen Ethmoidalzelle entsprechenden Partie; Resection eines Theiles der Lamina papyracea und Entfernung der kranken Zellen. Die hinteren Zellen und der Sinus sphenoid. werden, weil gesund, nicht curettirt; vollständige Heilung und unbedeutende Entstellung trotz der ausgebreiteten Resection.

Sodann zeigt M. ein anatomisches Präparat vor, an welchem er auf der einen Seite die oben beschriebene Operation und auf der anderen die Luc'sche Operation ausgeführt hatte.

Er zeigt noch einen Schädel aus der fränkischen Zeit vor, an welchem die beiden sehr gut erhaltenen Stirnhöhlen enorm entwickelt und beide durch eine Knochenlamelle, die eine Scheidewand bildete, abgetheilt waren.

BAYER.

46) **Iwanow. Zur Frage der Radicaloperation der Stirnhöhle. (K weprosu o korennei operati lobnoi pasuchi.)** *Chirurgija. p. 538. 1905.*

I. beschreibt die Killian'sche Operation und giebt drei Krankengeschichten. I. ist der Meinung, dass die Verödung der Höhle nicht durch Neubildung von Knochengewebe, sondern knochenähnlicher Gewebe vor sich geht. Die Resultate der Operation waren befriedigend. P. HELLAT.

47) **Passow** (Berlin). **Ueber Stirnhöhleneiterungen und ihre Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1905.*

Empfehlung der Killian'schen Operation. Vortr. empfiehlt die Nase früh Morgens nach dem Aufstehen zu untersuchen und die Kranken vor der Operation einige Tage stationär zu beobachten. Es sollte vor der Operation — ausser bei vitaler Indication — immer erst noch ein Versuch mit Entfernung der mittleren Muschel gemacht werden.

Demonstration der Killian'schen Operation am Präparat. Schwierig ist die Differentialdiagnose zwischen Siebbein- und Stirnhöhleneiterung, weil oft beide erkrankt sind. Nach Killian'schem Vorschlag kann die Orientirung erst bei der Operation geschehen: Probeeröffnung der Stirnhöhle. Da aber Vortr. in einem solchen Falle Infection der Stirnhöhle sich anschliessen sah, wirft er die Frage auf, ob es nicht besser sei, „von unten vorzugehen, indem man zunächst an der Nase den Processus frontalis entfernt und nach oben untersucht, ob die Stirnhöhle frei ist". Ausserdem ist dann bei vorkommendem Fehlen der Stirnhöhle ausgeschlossen, die Schädelhöhle zu eröffnen.

Demonstration von operirten Kranken, zum Theil mit gutem kosmetischen Erfolge. Einmal trat nach der Operation bei Erbrechen Emphysem der Wunde auf; trotzdem aber Heilung per primam. ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Grünwald** (Reichenhall). **Die Resection des Vomer als Abschluss der Radicaloperation der Stirnhöhle.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

Schilderung des Operationsverfahrens. SEIFERT.

49) **Holbrook Curtis. Depression der Stirnhöhle durch Anwendung von Paraffin beseitigt. (Frontal sinus depression obliterated by the employement of paraffin.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Zur Behebung der Deformation wurde eine plastische Operation gemacht. Das Narbengewebe wurde excidirt, die Wundränder gehoben und die Depression mit Paraffin ausgegossen; dann wurde die Haut über die Basis der Paraffinplombe gezogen und vernäht. Heilung per primam, Entfernung der Nähte nach vier Tagen. Die Stirn erscheint jetzt vollkommen flach. Das Verfahren hat vor der Paraffininjection den Vorzug, dass nicht das alte Narbengewebe bestehen bleibt. EMIL MAYER.

50) **W. Glegg** und **P. J. Hay. Ein Fall von Empyem des hinteren Siebbeinlabyrinths mit Lähmung der conjugirten Augenbewegungen und Gesichtsfeldeinschränkung. (A case of empyema in the posterior ethmoidal labyrinth with paralysis of the conjugate movements of the eyes and limitation of the visual fields.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Die 19jährige Patientin hatte eine Gesichtsfeldeinschränkung besonders auf

der temporalen Seite. Sehvermögen $^6/_{12}$ und $^6/_{18}$. Auf die Aufforderung, nach rechts zu blicken, bewegten sich beide Augen nicht über die Mittellinie. Beim Blick nach links konnte man einen leichten horizontalen Nystagmus beobachten. Mittels der Rhinoskopia posterior sah man etwas Eiter am hinteren Ende der rechten mittleren Muschel. Es bestand dumpfer Kopfschmerz. In Narkose wurde die mittlere Muschel entfernt, die hinteren Siebbeinzellen ausgeräumt. Allmälige Wiederherstellung.

ADOLPH BRONNER.

51) **E. Temple Smith** (Queensland). **Doppelseitige Siebbeineiterung. Operation. Heilung. (Double ethmoidal suppuration. Operation. Recovery.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1906.*

Bei der 25jährigen Patientin sah man mittels der hinteren Rhinoskopie Eiter am hinteren Ende der mittleren Muschel; von vorn war kein Eiter zu sehen. Die Siebbeinzellen wurden ausgeräumt. Zwei Wochen darauf konnte man constatiren, dass Eiter aus dem Infundibulum herabfloss; es wurden nun einige Zeit lang Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd in den Ductus naso-frontalis gemacht; Pat. verlor seine Kopfschmerzen und eitrige Absonderung.

A. J. BRADY.

52) **Delneuville** (Spa). **Ein Fall von Augencomplication einer Sinusitis sphenoidalis. (Un cas de complication oculaire d'une sinusite sphénoidale.)** *La Presse oto-rhino-laryngol. Belge. No. 1. 1906.*

Patient, 46 Jahre alt, bemerkte seit einiger Zeit eine Abschwächung des Gesichtsvermögens; er schrieb diese Störungen dem Alter zu, und fragte um „Augengläser“. Die Gesichtsschärfe war auf $^1/_2$ reducirt auf dem linken Auge, während das rechte Auge die Finger kaum auf einen Meter Distanz zählen konnte. Die Augenmedien und der Augengrund waren normal; für die Farben bestand ein centrales Scotom. Diagnose: Neuritis retrobulbaris; die Untersuchung der Nase gestattete die Ursache derselben auf die Existenz einer Sinusitis sphenoidalis zurückzuführen. Rein medicinische Behandlung; die Sinusitis kam nach einem Monat zur Heilung und die Sehschärfe beider Augen wurde kurze Zeit darauf wieder ganz normal.

BAYER.

53) **Calamida. Carcinom der Keilbeinhöhle. (Carcinome du sinus sphénoidal.)** *Arch. internat. de Laryngologie. März-April. No. II. 1905.*

Primäre Tumoren der Keilbeinhöhle sind sehr selten. Verf. hat bei einer 62jährigen Frau ein primäres Carcinom der Keilbeinhöhle beobachtet, das secundär Nase, Schädel und Rachen ergriffen hatte. Von Seiten des Gehirns lagen keine Erscheinungen vor; der Tod erfolgte an Kachexie.

E. J. MOURE.

54) **Hennebert. Kugel im Sinus sphenoidalis. (Balle dans le sinus sphénoïdal.)** *La Clinique. No. 52. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel zeigt H. am 1. December 1905 zwei Radiographien vor, hergestellt von M. Maffei, auf welchen man bei der einen auf der lateralen Gesichtsfläche, bei der andern auf der Sagittalfläche, im Niveau des rechten Sin. sphenoid eine Revolverkugel erkennt. Die genaue Untersuchung der

Nasenhöhle nach „Cocainadrenalination“ lässt keine Läsion erkennen; das Individuum, Träger des Fremdkörper seit 5 Jahren, weist gleichfalls keine Symptome auf.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

55) **Walther Baumann** (Breslau). **Ueber den Rachenreflex.** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1906.*

Autor bespricht zunächt die verschiedenen Benennungen und Definitionen, wie sie von einzelnen Autoren für die im Rachen auslösbaren Reflexe gegeben wurden, wobei er die in der laryngo-rhinologischen Litteratur niedergelegten Arbeiten unerwähnt lässt. Autor hält es am zweckmässigsten nur 2 Reflexe zu unterscheiden, und zwar: 1. den „Rachenreflex, das Eintreten von Contractionserscheinungen bei der für den Würgeakt nothwendigen Musculatur auf einen gewissen Reiz hin (Berühren der hinteren Rachenwand), und 2. der „Gaumenreflex-Contraction der Musculatur des weichen Gaumens bei Berührung desselben mit dem Spatel“.

Baumann studirte das Vorkommen des Rachenreflexes, bezw. dessen Steigerung oder Herabsetzung bei 4 Compagnieen Soldaten, 155 Schülern und bei 700 poliklinischen Patienten und bespricht eingehend seine Untersuchungsresultate, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

56) **K. M. Wenzel** (Wien). **Ueber paradoxe Schmerzlocalisation im Rachen.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1905.*

Bericht über einen Fall, „in welchem die Schluckschmerzen paradoxerweise regelmässig auf die der betroffenen Pharynxparthie entgegengesetzten Seite von dem Kranken localisirt wurden“. Unter Bezugnahme auf die Quincke'schen Schemata über die Nervenbahnen physiologische Erörterungen über diese paradoxen Empfindungen und kritische Betrachtung der einschlägigen Litteratur.

HECHT.

57) **Finck. Die Gicht des Pharynx. (La goutte du pharynx.)** *Nancy. Imprimerie Crépin-Lebloud. 1906.*

Im Anschluss an einen Fall von acuter gichtischer Angina bei einem notorisch an Gicht leidenden Manne und an die sich eine Kniegelenksentzündung anschloss, bespricht Verf. die Hauptsymptome dieser Affection. Er erwähnt gleichzeitig die von anderen Autoren gemachten hierher gehörigen Beobachtungen.

BRINDEL.

58) **Jacob E. Schadle. Die Bedeutung des Rachenödems. (The significance of edema of the pharynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Verf. berichtet über einen Fall von Pharynxödem bei acuter Nephritis, der einen 70jährigen Manne betraf. Im Anschluss an eine Influenza entwickelte sich ein Peritonsillitis; am nächsten Tage war eine bräunliche Anschwellung an der Wange vorhanden. Nach 3 Tage gingen alle Erscheinungen zurück, doch bildete sich jetzt ein Oedem des Pharynx heraus. Jetzt entdeckte man zuerst eine acute

Nephritis. Sorgfältige Untersuchung des Halses ergab das Vorhandensein einer Anschwellung hinter dem linken hinteren Gaumenbogen, der sich nach unten gegen den Larynx hin erstreckte; es wurden tiefe Incisionen gemacht, doch kam kein Eiter zum Vorschein.

EMIL MAYER.

59) **Rivière** (Lyon). **Grosses Gummi des Pharynx. (Gomme volumineuse du pharynx.)** *Société de médecine de Lyon. 6. September 1905.*

Es bestanden keine anderen Symptome als Schmerzen bei der Deglutition. Diese Erscheinung bestand seit einem Monat. Die Beobachtung wird als Stütze für das sogenannte „Garel'sche Gesetz" von der langdauernden Dysphagie als Zeichen der Syphilis angeführt.

PAUL RAUGÉ.

60) **Le Dentu** (Paris). **Submaxillares Myxo-Chondrom branchialen Ursprungs. (Myxo-chondrome sous-maxillaire d'origine branchiale.)** *Société de chirurgie. 20. December 1905.*

Es handelte sich um einen Tumor, der sich zwischen Kiefer und Submaxillardrüse entwickelt hatte; diese war nach unten dislocirt. Die Geschwulst war wenig beweglich und hatte die Grösse einer grossen Nuss. Die Entfernung war leicht. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Myxo-Chondrom handelte.

PAUL RAUGÉ.

61) **Sablé. Facialisneuralgie infolge eines Tumors der fossa pterygo-maxillaris. (Neuralgie faciale due à une tumeur de la fosse ptérygo-maxillaire.)** *Journal des sciences médicales de Lille. No. 14. 7. April 1906.*

Der Tumor wurde bei der Operation entdeckt. Es handelte sich um ein Epitheliom, das zu einer Deformation des Schädels geführt und die Rachenwand vorgewölbt hatte. Der Pat. starb am Tage nach dem Eingriff.

BRINDEL.

62) **Zagger. Verschwinden eines augenscheinlich malignen Halstumors. (Disappearance of an apparently malignant tumor of the throat.)** *Lancet. 22. April 1905.*

Verf. berichtet über einen im Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, October 1904, erwähnten Fall. Dieser betraf eine 70jährige Frau mit einer Geschwulst am weichen Gaumen, die an Grösse zunahm und geschwürig zerfiel. Sie verschloss den Pharynx und verursachte grosse Dysphagie; auch waren die Submaxillardrüsen auf der linken Seite geschwollen. Plötzlich fühlte sich die Pat. besser, und nach 6 Monaten war der Tumor, der die Grösse eines kleinen Eies gehabt hatte, verschwunden.

ADOLPH BRONNER.

63) **F. F. Chamberlin. Resultat in einem mittels Serumtherapie behandelten Fall von Halssarkom. (Result in one case of sarcoma of throat treated by serum therapy.)** *Virginia Medical Semi Monthly. 23. Juni 1905.*

Der durch Toxin von B. prodigiosus und Streptococcus hervorgebrachte günstige Effect datirt seit 2 Jahren.

EMIL MAYER.

64) **Arthur P. Herring** (Baltimore). **Sarkom des Vomer mit ausgedehntem Befallensein der angrenzenden Gebilde und Metastasen in der Schädelhöhle. (Sarcoma of the vomer with extensive involvement of the adjacent structures and metastases in the cranium.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905.*

Pat. war ein 17jähriger Mann. Der Tumor wuchs von der rechten Seite des Vomer nach hinten in den Nasenrachen. Bei der Section fand man einen kleinen runden Tumor in der mittleren Schädelgrube, nahe der Spitze des Felsenbeins. Man konnte die Geschwulstbildung von der Schädelhöhle durch das Keilbein in die Nase hinein verfolgen.

A. LOGAN TURNER.

65) **T. V. Shoemaker. Sarkom der Mundschleimhaut. (Sarcoma of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Medical News. 16. December 1905.*

Pat. ein 43jähriger Mann, datirte seine Erkrankung seit 20 Monaten. Man sah einen höckrigen Tumor, der den harten Gaumen einnahm. Mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes zeigte, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelte. Mittels des Skiagraphs konnte man feststellen, dass auch der Knochen mitergriffen war. Da Verf. seiner Erfahrung nach auch die radikalsten chirurgischen Eingriffe in diesen Fällen für aussichtslos hält, so behandelte er mit X-Strahlen. Jede Sitzung dauerte 6—8 Minuten. Diese Behandlung hat eine entschiedene Besserung bewirkt.

LEFFERTS.

66) **A. H. Ohmann. Zwei Fälle von Epitheliom der Mundhöhle. (Two cases of epithelioma of the mouth.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. März 1906.*

In beiden Fällen wurde die Operation verweigert. Beide Patienten starben in Folge Autointoxication, ausgehend von den zerfallenen Tumoren.

EMIL MAYER.

67) **G. E. Pfahler. Epitheliom der Mundschleimhaut. (Epithelioma of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Medical News. 16. December 1905.*

Patient war ein 65jähriger Mann. Die Krankheit bestand seit vier Monaten; der Sitz des Tumors war auf dem Mundboden. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen brachte entschiedene Besserung.

LEFFERTS.

68) **Friedmann** (Berlin). **Ein Fall von Carcinom der Uvula.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 15. 1905.*

Bei einem 49jährigen Patienten mit leichten Schluckbeschwerden ist die Uvula zu einem kirschgrossen, gelbröthlichen, grobhöckerigen Tumor verwandelt. Probeexcision: Cancroid.

ALBANUS (ZARNIKO).

69) **Gaudier. Die Fremdkörper des Rachens. (Les corps étrangers du pharynx.)** *Echo méd. du Nord. 8. November 1905.*

Klinische Studie über die verschiedenen Bedingungen, unter welchen man Fremdkörper im Pharynx beim Erwachsenen und Kinde zur Behandlung bekommt.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

70) **H. Maag** (Dänemark) **Kann eine Diphtherieepidemie durch präventive Einspritzungen von Antidiphtherieserum aufgehalten werden? (Kan en Diphtheritisepidomi stoppes ved praeventive Indsproitninger af Antidifteri-Serum?)** *Hosp. Tid. p. 253. 1906.*

Verf. hat versucht, die Ausbreitung einer Epidemie in der Stadt Noestved dadurch aufzuhalten, dass er die Schulkinder mit Einspritzungen von Antidiphtherie-Serum immunisirte, sobald Diphtherie unter ihnen auftrat. Das Ergebniss war ausserordentlich günstig, denn von 423 immunisirten Kindern bekamen nur drei Diphtheritis.

E. SCHMIEGELOW.

71) **Büsing** (Bremen). **Diphtherieepidemie in einem Hôtel.** *Zeitschrift f. Med.-Beamte. August 1906.*

Die Epidemie ging von der Tochter des Hoteliers aus; als auch ein Kellner erkrankte, wurden die 71 anscheinend völlig gesunden Insassen des Hotels bacteriologisch untersucht. Es fanden sich bei 6 virulente Diphtheriebacillen. Von diesen 6 Personen erkrankten in der Folge 5 an „Angina". Verf. stellt die Forderung auf, dass bei allen Diphtheriefällen, die in Hotels, Krankenhäusern etc. vorkommen, von sämmtlichen Personen, die mit den Erkrankten näher zusammengekommen sind, Halsabstriche entnommen und diese bacteriologisch untersucht werden. Bacillenträger sind dann unbedingt zu isoliren, und zwar so lange, bis sie frei von virulenten Diphtheriekeimen befunden werden.

FINDER.

72) **W. Zuckar. a) Ueber das Auftreten der Diphtherie im letzten Decennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse. b) Ueber den Effect des Diphtherieserums bei wiederholter Erkrankung und Infection.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

In der sub a bezeichneten Arbeit kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Gesammtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Lauf des letzten Decenniums ziemlich gleichmässig abgenommen.

2. Hierfür entscheidend ist die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie; denn der Procentsatz der nicht specifisch Behandelten ist eine Function der Letalitätszahl.

3. Der Krankheitscharakter der Diphtherie („genius epidemicus") hat sich im letzten Decennium nicht wesentlich geändert, denn

a) die Letalität der nicht specifisch behandelten Fälle ist annähernd dieselbe geblieben.

b) Die von vornherein bösartigeren Formen der Erkrankung (progressive und toxische) sind im Ganzen weder viel häufiger, noch viel seltener geworden.

4. Auf die fortdauernde Abnahme der Diphtheriesterblichkeit im Spital (10,9 bis 3,4 pCt.) sind insbesondere die günstigeren Ergebnisse der Croupbehandlung von Einfluss.

In der zweiten Arbeit sind folgendes die Schlüsse, zu denen Verf. gelangt:

1. Von den 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten bisher 21 (0,9 pCt.) mit unzweifelhafter zweitmaliger und 3 (0,13 pCt.) mit drittmaliger

Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis $5^1/_2$ Jahre.

2. Der Typus der zweitmaligen resp. drittmaligen Erkrankung ist im Durchschnitt kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung.

3. Die im Wesentlichen auf specifische Serumwirkung zurückzuführenden von uns registrirten Effecte der Behandlung treten bei wiederholter Erkrankung und Injection in annähernd gleichem Maasse ein wie bei der ersten Erkrankung.

FINDER.

73) **F. Bourganel. Diphtherieprophylaxe. (Prophylaxie de la diphtérie.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. hält nichts von den Mitteln, die gewöhnlich angewandt werden, um der Entstehung resp. Ausbreitung einer Schulepidemie Einhalt zu thun. Er plädirt vielmehr dafür, alle Schulkinder, sobald sich ein Diphtheriefall gezeigt hat, prophylactisch mit Antidiphtherieserum zu impfen. Die Bestimmung über diese Maassregel und die Ueberwachung über deren Ausführung solle von schulärztlicher Seite geschehen.

FINDER.

74) **Ettore Bargellini. Beitrag zum Studium der Serumprophylaxe bei Diphtherie. (Contributo allo studio della sieroprofilessi della difteride.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. März 1905.*

Verf. hat bei einer Diphtherieepidemie zu prophylactischen Zwecken ein aus dem Turiner Institut stammendes Serum von 150—200 I.-E. bei 45 Kindern in 19 Familien angewandt; von der Krankheit verschont blieben 34 Kinder in 17 Familien; in einer Familie erkrankten zwei, in einer anderen neun Kinder. In allen Fällen verlief die Erkrankung in sehr kurzer Zeit und hatte einen sehr milden Charakter.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Signorelli. Die Pulsationen des laryngo-trachealen Rohrs. (Le pulsazioni del tubo laringo-tracheale.)** *Policlinico. II. 1906. Gazetta degli ospedali. No. 24. 1906.*

Die laryngo-tracheale Pulsation ist der Ausdruck eines abnorm engen Contactes zwischen dem laryngo-trachealen Rohr und der grossen Arterie und besonders kräftiger arterieller Pulsation. Man findet dieses Phänomen:

Bei Aneurysmen der grossen supracardialen Arterien, bei einfachen Aortenerweiterungen, bei Herzerkrankungen, im Allgemeinen bei excessiver gleichzeitiger Herz- und Aortenerregung, bei Individuen mit verengtem Mediastinalraum.

Die Pulsation bei Aneurysma ist meist sehr intensiv und ausser durch die Palpation auch die Inspection (sichtbare Kehlkopfpulsation) nachweisbar: ihr Erscheinen stellt ein Frühsymptom dar, das lange und meist continuirlich andauert. Die Richtung der Pulsation ist je nach der Lage des aneurysmatischen Sacks verschieden; der Puls kann oft ein doppelter sein.

Die nicht-aneurysmatische Pulsation hingegen ist meist wenig intensiv, fast

niemals durch die blosse Inspection nachweisbar, intermittirend, häufig abhängig von einer Herzerregung.

Die Pulsation ist immer einseitig. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um rechtsseitige laterale Pulsation (Cardarelli'sches Symptom), seltener um descendirenden Kehlkopfpuls (Ollivier'sches Symptom), noch seltener ist der linksseitige laterale Puls, andere Arten findet man niemals. FINDER.

76) **A. Logan Turner. Ein Fall von Keratose des Kehlkopfs. (A case of keratosis of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1906.*

Die Mittheilung des seltenen Falles betrifft einen 64jährigen Mann. Die Keratose nahm die Oberfläche des rechten Stimmbandes seiner ganzen Länge nach ein, ferner das hintere Drittel des rechten Taschenbandes und die vorderen zwei Drittel des linken Stimmbandes. Verf. bespricht die Fälle von Juffinger, Chiari und Fein. AUTOREFERAT.

77) **J. W. Gleitsmann. Ein Fall von Laryngotomie wegen chronischer Hyperplasie. (A case of laryngotomy for chronic hyperplasia.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall hatte bei den behandelnden Aerzten Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Diagnose erregt. Besonders interessant ist das Recidiviren der Hyperplasie, nachdem man in der endlichen Erkenntniss, dass es sich um keine maligne Erkrankung handelte, alle möglichen Mittel zu ihrer Beseitigung angewandt hatte. Verf. giebt eine Schilderung der Operation und des Wundverlaufs. Pat. athmet nach erfolgtem Decanulement bequem per vias naturales; die Stimme klingt etwas heiser; es ist keinerlei Schwellung mehr sichtbar, das linke Stimmband ist infolge einer früheren Erkrankung des Arycricoidgelenkes unbeweglich.

EMIL MAYER.

78) **Emil Glas** (Wien). **Milzbrand des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Klinischer Bericht nebst Sectionsbefund eines Anthraxfalles mit vorwiegender Mitbetheiligung des Pharynx und Larynx nebst epikritischen Erörterungen, insbesondere über Infectionsmodus und Differentialdiagnose. HECHT.

79) **Rudolf Hoffmann** (München). **Ueber Actinomycose des Kehlkopfes und des Kopfnickers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Krankengeschichte eines entsprechenden Falles nebst Autopsiebefund. Epikritische Erörterungen unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, des Infectionsmodus und der pathologisch-anatomischen Befunde.

HECHT.

80) **Molle und Jouty. Ein Fall von Arthritis im Crico-arytaenoidgelenk im Verlauf eines allgemeinen acuten Gelenkrheumatismus. (Un cas d'arthrite crico-aryténoidienne au cours d'une rhumatisme articulaire aigue généralisé.)** *Journal des Praticiens. 10. Januar 1906.*

Ein 18jähriger junger Mann erkrankte im Monat August an acutem Gelenkrheumatismus; nach einer relativen Ruhepause von 3 Wochen trat wiederum eine

Erkrankung der grossen Gelenke auf; danach Störungen von Seiten des Kehlkopfs, Dysphagie, Aphonie, Erstickungsanfälle, Dyspnoe. Die Untersuchung des Kehlkopfs zeigte eine starke Anschwellung des linken Crico-arytaenoidgelenks. Unter Behandlung mit einer Lösung von Salicylsäure, Cocain und Adrenalin trat schnell ein Aufhören der Schmerzen ein, ferner allmälige Abnahme der Schwellung, gleichzeitig verschwanden die rheumatischen Symptome. A. CARTAZ.

81) **Alex. Haslund** (Kopenhagen). **Perichondritis cartilaginis thyreoideae et Myositis gummosa m. sternocleidomastoidei.** (Verhandl. der Dänischen dermatolog. Gesellschaft.) *Hospitals-Tidende. p. 651. 1905.*

Patientendemonstration. E. SCHMIEGELOW.

82) **Harrison Smith. Kehlkopfödem. (Laryngeal edema.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Verf. formulirt die Grundsätze für die Behandlung wie folgt: Bei acutem primären Oedem kalte Umschläge um den Hals, innerlich Purgativ oder selbst ein Emeticum. Eispillen, Wasserdampf mit Benzoe gemischt, Adrenalinspray in den Kehlkopf und 10 Tropfen derselben Mischung alle Stunde innerlich sind sehr wichtige therapeutische Mittel. Venaesection, Scarification oder Punction sind gleichfalls von Werth. Ferner ist subcutane Anwendung von Pilocarpin und locale Application von Jod angerathen; die wirksamste Maassregel ist die Tracheotomie. Ist das Oedem secundär infolge eines Abscesses in der Nachbarschaft, so bringt die Eröffnung dieses auch das Oedem zum Verschwinden. LEFFERTS.

83) **E. Baumgarten. Pachydermie des Kehlkopfs. (Pachydermia laryngis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Rp. Acid. salicyl. 1 Theil,
Alkohol. (90 pCt.) 10 Theile,
Glycerin 2 Theile.
MDS. Zur localen Anwendung. LEFFERTS.

84) **Kuttner** (Berlin). **Ist die Kehlkopftuberculose als eine Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29 u. 30. 1905.*

Verf. sichtet kritisch die etwa 100 Fälle von Kehlkopftuberculose gravider Frauen, die seit seinem vor 4 Jahren auf der Naturforscherversammlung in Hamburg über das Thema gehaltenen Vortrag erschienen sind. Von diesen Fällen überstanden nur 7 die Schwangerschaft, ausser noch 3 Fällen, wo im 3. oder 4. Monat mit günstigem Erfolg die Schwangerschaft unterbrochen wurde.

Der ungünstige Einfluss der Schwangerschaft scheint sich besonders auf die diffuse Form, nicht auf den tuberculösen Tumor oder auf den öfter die Lungentuberculose begleitenden, nicht tuberculösen Katarrh des Kehlkopfes zu erstrecken.

Nach eingehender Würdigung der forensischen, sittlichen und socialen Seite der Frage kommt der Autor nach dem jetzigen Stande der Frage zu folgenden Thesen:

„1. Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine höchst ungünstige Prognose.

2. Die Sterblichkeit der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft an Larynxtuberculose gelitten haben, ist eine ungemein grosse.

3. Mit Rücksicht auf Punkt 1 und 2 ist die Kehlkopftuberculose im Princip als eine berechtigte Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen.

4. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Kehlkopftuberculose ist nur dann zulässig, wenn sie nach Lage der Dinge die einzige Möglichkeit und dabei auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die Rettung der Mutter bietet.

5. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Aussichten bei der Abtreibung der Frucht in den letzten Schwangerschaftsmonaten wenig günstig. In diesem Stadium dürfte die Tracheotomie, so lange es sich nicht um hoffnungslose Fälle handelt, vielleicht noch einige Chancen haben.“ ALBANUS (ZARNIKO).

85) **Baer** (Sanatorium Wienerwald). **Zur Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Günstige Resultate. Es wäre jeder Kehlkopftuberculöse, der fieberfrei und kräftig genug ist, dieser Behandlung zuzuführen. CHIARI.

86) **Hermann v. Schrötter** (Wien). **Ueber Syphilis an der Theilungsstelle der Luftröhre.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1906.*

Bericht über einen einschlägigen Fall, bei dem es sich um ein gummöses Infiltrat an der Bifurcation handelte, das durch directe obere Tracheoskopie festgestellt und dessen Rückbildung auf die gleiche Weise dauernd controlirt wurde. HECHT.

87) **Brindel. Ein Fall von Atresie der Trachea und der grossen Bronchien infolge skleromatöser Neubildung traumatischen Ursprungs. (Un cas d'atresie de la trachée et des grosses bronches par néoformation scléromateuse d'erigine traumatique.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. X. 1905.*

Die Beobachtung ist besonders interessant vom Standpunkt der Pathologie aus, ferner wegen der Schwierigkeiten, die es machte, bei der Tracheotomie die Luftröhre zu finden. E. J. MOURE.

88) **Göbell** (Kiel). **Ein Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynx- und Trachealstenose.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 78. 1906.*

In den Fällen, wo die einfache Abschabung der Granulationen, Dilatation mit Bougies nicht zum Ziele führt, thut eine Intubationscur gute Dienste. In einem näher beschriebenen Falle brachte diese erst Heilung nach Ausführung einer Laryngoplastik. SEIFERT.

89) **Pieniazek. Tracheostenosis, verursacht durch Retroösophagealabscesse. (Zwezenie tchawicy pizez ropnie zapnelykowe abscessus retrooesophageales.)** *Przeglad Lekarski. No. 7 u. 8. 1906.*

Indem Verf. einige allgemeine Bemerkungen über retropharyngeale, retrotracheale und retroösophageale Abscesse und entsprechende Fälle aus der Literatur

der letzten vorausschickt, beschreibt er einen Fall von Retroösophagealabscess bei einem 4jährigen Kinde, bei welchem angeblich in Folge einer vor drei Monaten durchgemachten Lungenentzündung allmälig zunehmende Athemnoth entstand, welche einen exspiratorischen Charakter zeigte. Die laryngoskopische Untersuchung fiel negativ aus. Auscultatorisch wurde beiderseits auf dem Brustkasten stenotisches Geräusch wahrgenommen. Zwecks genauer Trachealuntersuchung führte Verf. unter Narkose das Tracheoskop ein. Die Athemnoth wuchs; man schritt zur Tracheotomie und durch dieselbe Oeffnung wurde das Tracheoskop eingeführt. Das Kind starb kurz darauf. Bei der Autopsie wurde auf dem I.—IV. Brustwirbel ein Abscess vorgefunden, welcher die unteren Theile der Trachea und die beiden Bronchien comprimirte.

v. SOKOLOWSKI.

90) **Nordentoft** (Dänemark). **Ein Fall von Tabes dorsalis und Aortenaneurysma mit Stenose der Trachea. Haemo-Pneumothorax, Haemoptyse 1/4 Jahr, Herzsymptome und universeller Hydrops. Heilung. (Hochfebriler Haemothorax.) (Et Tilfaelde af Tabes dorsalis und Aortaaneurysma, med Stenose af Trachea, Haemo-Pneumothorax, Haemoptyse, 1/4 Aar. Hjerlefaelde og universal Hydrops. Heebredelse. [Hóifebril Haemothorax.])** *Hospitals-Tidende. p. 437. 1906.*

Der Titel giebt den Inhalt.

E. SCHMIEGELOW.

91) **H. Curschmann** (Leipzig). **Die Verlagerung der Luftröhre und des Kehlkopfes als Folge gewisser Veränderungen der Brustorgane.** *Mit 5 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1905.*

Curschmann erinnert daran, dass Verlagerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes sich bei „Erweiterungen der atheromatös entarteten Brustaorta besonders ihres aufsteigenden Theils und des Bogens, vereinzelt auch bei Dilatation des Truncus anonymus" finden, erörtert die anatomischen Verhältnisse und klinischen Erscheinungen und giebt zur Illustration einige Krankengeschichten bei. Auf Grund seiner Beobachtungen, die vorerst noch nicht abgeschlossen sind, glaubt Autor, „dass bei Luft- und Flüssigkeitsansammlungen im Rippenfellraum unter besonderen Umständen" gleichfalls Luftröhren-Kehlkopfverschiebungen eintreten können; ebenso könnte auch durch „Schrumpfungsvorgänge im Thoraxraum die Trachea nach der betroffenen Seite hin" verzogen werden.

HECHT.

92) **C. Pfeiffer** (Tübingen). **Ueber die Röntgenuntersuchungen der Trachea bei Tumoren und Exsudat im Thorax.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 8. 1906.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Curschmann's weist Autor darauf hin, dass „Verlagerungen der Luftröhre bei gewissen Erkrankungen der Brustorgane häufiger vorhanden sind, als man annimmt, dass sie aber auch durch das Röntgenbild exacter, leichter und frühzeitiger zu erkennen sind, als mittels Palpation und Inspection". Autor berichtet über einen Fall von pleuritischem Exsudat bei einem 4jährigen Kinde, bei dem die Röntgenphotographien eine Verlagerung der Trachea als Folge der Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum erkennen liessen.

HECHT.

93) **Rosolino Balini. Trachealstenose infolge Compression durch hyperplasirte peribronchiale Drüsen. (Stenosi tracheale da compressione prodotta da glandule peribronchiali iperplastiche.)** *Gazzetta degli ospedali. No. 44. 1906.*

Der Fall betrifft einen 3jährigen Knaben, der an schwerster Athemstenose litt. Man glaubte zuerst, dass es sich um eine Diphtherieinfection handelte, bis man erkannte, dass das Athemhinderniss in einer Compression der Luftröhre durch geschwollene Lymphdrüsen bestand. Bei einem Hustenanfall brachte das Kind einen ungefähr nussgrossen runden Körper zu Tage, der bei der mikroskopischen Untersuchung als eine Lymphdrüse erkannt und in dem zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Die Stenose ging zwar bald zurück, jedoch erkrankte das Kind bald darauf plötzlich unter Schüttelfrost, Fieber und Husten. Es starb am 8. Tage darauf an diffuser tuberculöser Pneumonie.

FINDER.

94) **Pollak. Bronchialdrüsentuberculose mit Perforation in die Trachea.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Tracheoskopisch konnte bei dem vierjährigen Kinde in der Gegend der Bifurcation eine Vorwölbung der hinteren Trachealwand constatirt werden, an deren Stelle am 7. Tage nach der Tracheotomie nach Expectoration mehrerer Gewebsstückchen vermengt mit blutigeitrigem Schleim die Perforation erfolgte. —

CHIARI.

95) **Arnheim** (Berlin). **Ein Fall von Bronchostenose.** *Berl. klin. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 32. 1905.*

Vorstellung der 6jährigen Patientin, bei der die Bronchostenose wahrscheinlich durch einen Tumor der Brusthöhle hervorgerufen wird. Röntgenbild ohne Befund in Bezug auf Fremdkörper; über Bronchoskopie ist nichts berichtet. Probepunctionen fielen negativ aus.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

96) **Ranzi. Röntgenaufnahmen von Strumen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 19. Januar 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Mittelst des Röntgenverfahrens lässt sich stets ermitteln, ob und wie weit die Trachea verlagert oder verengt ist.

CHIARI.

97) **Ed. Stadler** (Leipzig). **Ein Fall von acuter, nicht eitriger Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, bei dem durch den hochgradig geschwollenenen, sehr breiten Mittellappen der Schilddrüse der Kehlkopf nach oben gedrängt und fixirt wurde, wodurch Aphonie bedingt und das Schlucken fast unmöglich wurde. Eine weitere Complication bestand in dem Auftreten einer hämorrhagischen Nephritis. Unter symptomatischer Behandlung spontane Heilung.

HECHT.

98) **W. Keiller. Anatomie eines Falles von cystischem Adenom der Schilddrüse. (Anatomy of a case of cystic adenoma of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Im Anschluss an den interessanten Sectionsbefund bespricht Verf. die Vorsichtsmassregeln, die man bei der Entfernung gutartiger Schilddrüsengeschwülste zu beobachten hat. LEFFERTS.

99) **W. G. Mc. Callum. Die Pathogenese des Morbus Basedow. (The pathogenesis of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

Verf. hat bei seinen Untersuchungen der Schilddrüse bei Morbus Basedow constante Veränderungen, jedoch nicht in derselben Intensität gefunden. In einigen frühen oder leichten Fällen waren die Veränderungen herdweise, indem kleine Gewebspartien unregelmässige Alveolenbildung, verdicktes Epithel, Mangel an Colloid zeigten, während das umgebende Gewebe normal war. Solche Veränderungen können häufig übersehen werden, besonders wenn, wie es in der Schweiz häufig der Fall ist, die Patientin einen Colloidkropf hat. Verf. hält es für schwer zu beweisen, dass die Thyreoidea eine activere Secretionsthätigkeit hat als in der Norm. Jedoch trat bei Darreichung von Schilddrüsenextract eine Exacerbation der Symptome bei diesen Patienten ein, während hei Excision eines Theils der Drüse ein Nachlass derselben zu constatiren war. Aus der Menge des coagulirten Materials in den Lymphräumen könne man keinen Schluss auf die Menge des Colloid ziehen, da jenes wahrscheinlich Lymphplasma ist. Verf. meint, die Lösung des Problems vom Wesen der Basedow'schen Krankheit hängt zusammen mit der Aufklärung über die Verhältnisse des Jods im Organismus. Die primäre Ursache des Morbus Basedow besteht seiner Auffassung nach darin, dass in Folge eines schädigenden oder reizenden Agens ein Theil der Schilddrüse zerstört wird, während der Rest der Drüse hypertrophirt. Die im Verlauf von Infectionen vorkommende acute Thyreoiditis kann diesen Effect heben. Insufficienz der Parathyreoiddrüsen spielt keine Rolle beim Zustandekommen der Krankheit. LEFFERTS.

100) **James Tyson. Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

Verf. setzt seine Hoffnung auf dio Entdeckung eines wirksamen Antitoxins. LEFFERTS.

101) **J. Trap-Meyer** (Norwegen). **Ein Fall von Morbus Basedow, behandelt mit Blut und Milch einer thyreoidectomirten Ziege. (Et tilfälde af morb. Basedow, behandlet med blod og melk af thyreoidektomiret Gjed.)** *Norsk Mag. for Lägevidenskaben. p. 707. 1905.*

Titel giebt den Inhalt. E. SCHMIEGELOW.

102) **G. Dock. Klinische Beobachtungen über Morbus Basedow. (Clinical observations in exophtaclmic goiter.)** *American Medicine. 24. Februar 1906.*

Verf. berichtet über 32 Fälle, 29 Frauen und 3 Männer. Bei 12 Patienten konnte constatirt werden, dass kurz vor Auftreten der Symptome eine Krankheit

oder ein Nervenshock vorausgegangen war. In diesen Fällen war der Kropf das erste Symptom, in 12 andern wurde der Kropf 3—47 Jahre lang beobachtet, bevor andere Symptome auftraten. In allen Fällen war die Schilddrüse vergrössert. In 26 Fällen hörte man ein systolisches Geräusch über der Schilddrüse. Tachycardie fehlte nur bei 2 Patienten; bei dem einen von ihnen war sie vor Beginn der Beobachtung vorhanden gewesen. In einigen Fällen war der Blutdruck erhöht bis zu 180 mm. Augensymptome fehlten nur in 3 Fällen. Ein ständiges und sehr auffallendes Symptom war Abmagerung. Zwei Fälle endeten tödtlich, der eine in Folge intercurrenter Erkrankung, der andere unter acuten Symptomen. Bei der Behandlung ist grosses Gewicht auf Ruhe zu legen. Chirurgische Behandlung ist mit gewissen Einschränkungen zu empfehlen. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

103) **A. Cahn** (Strassburg). **Ueber die diagnostische Verwerthung der Röntgenstrahlen und der Gebrauch der Quecksilbersonde bei Speiseröhrenerkrankungen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

An der Hand einer Reihe in extenso beschriebener Fälle bespricht Autor die Zweckmässigkeit der Röntgenuntersuchung und die therapeutischen Erfolge, die er durch den Gebrauch einer mit Quecksilber gefüllten weichen Gummisonde erzielte. Die Fälle, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei, betrafen: 1. Oesophaguslähmung, 2. Oesophagospasmus, 3. vernarbtes Ulcus rotundum oesophagi, 4. Verziehung der Speiseröhre durch ein vernarbtes, vielleicht syphilitisches Geschwür in der Gegend der Cardia, und 5. eine spindelförmige Erweiterung des Oesophagus (mit Röntgenabbildung). Bei all' diesen Fällen erzielte Autor mit seiner Quecksilbersonde Erfolge, die der bisherigen Sondenbehandlung weit überlegen waren, während bei carcinomatösen Strikturen auch sie meist versagte. HECHT.

104) **Howard E. Lomax. Ruptur der Speiseröhre infolge Trauma von aussen. (Rupture of the esophagus resulting from external traumatism.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Pat. wurde zwischen der Thür eines Fahrstuhls und der Wand eingeklemmt. Es bestand keine Fractur der Glieder oder Rippen, jedoch eine Bauchwunde, die vernäht wurde, sowie eine Quetschwunde über der linken Brust nebst zahlreichen Hautabschürfungen. Pat. war cyanotisch und klagte über dumpfen Schmerz in der linken Mamillargegend. Sechs Stunden darauf verzehrte Pat. ohne Beschwerden Fleischbrühe und Milch, klagte dann über heftige Schmerzen in der linken Brust, die Athmung wurde erschwert, der Puls weich und beschleunigt. Elf Stunden nach dem Anfall starb Pat. Die Section ergab Ruptur der Speiseröhre und Mageninhalt in der linken Pleurahöhle. LEFFERTS.

105) **Ewald** (Berlin). **Ein mit dem Oesosphagoskop behandelter Fall von hochgradiger Laugenverätzung der Speiseröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 27. 1905.*

Drei Wochen nach versehentlichem Trinken von Kalilauge trat bei einer 28jährigen Dame vollkommene Unmöglichkeit zu schlucken ein; nur wenige

Tropfen Wasser wurden unter glucksendem Geräusch in den Magen gewürgt. Nun grosser Kräfteverfall. Befund: 14 cm hinter Schneidezähnen Hinderniss. Mit Oesophagoskop dort verschliessende Membran sichtbar, durch deren vorhandene minimale Oeffnung erst nach 12 Tagen ein Fischbeinstäbchen unter Leitung der Wand des Oesophagoskops gebracht werden kann. Nun kann diese Oeffnung leicht mit stärkeren Sonden erweitert werden. Patientin ist damit — ohne Gastrostomie — gerettet.

ALBANUS (ZARNIKO).

106) **Mauclaire. Fremdkörper der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. (Corps étranger de l'oesophage; oesophagotomie externe.)** *Soc. de chirurgie im Bullet. médical. No. 39. Mai 1906.*

Verf. ist sonst Anhänger der Oesophagoskopie vor Einleitung jedes operativen Verfahrens. Im vorliegenden Fall — es handelt sich um ein verschlucktes Gebiss — musste er zur äusseren Oesophagotomie schreiten. Es trat Heilung ein.

BRINDEL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. März 1906.

Friedmann stellt einen Pat. mit Neurofibromatosis vor; derselbe zeigt nicht nur über den ganzen Körper verstreute hanfkorn- bis taubeneigrosse Tumoren, sondern auch eine schon seit 20 Jahren bestehende hühnereigrosse, vom harten Gaumen und dem Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers ausgehende, weiche, verschiebliche Geschwulst, ein Neurofibrom.

P. Heymann zeigt eine Reihe von Werken herum, die sich auf die Laryngoskopie beziehen (Levret, Türck, Czermak u. A.).

Senator berichtet über die in der Junisitzung v. J. vorgestellte Patientin mit Tuberculose der Mundhöhle, die man als Fütterungstuberculose hätte ansprechen können. Die Untersuchung des Secrets hat ergeben, dass es sich nicht um Bacillen von dem Typus bovinus, sondern des Typus humanus handelte. Immerhin könnte trotzdem eine Fütterungstuberculose vorhanden gewesen sein, wenn man eine Infection durch Schweinefleisch annehmen wollte, weil das Schwein mit jeglicher Art von Tuberculose — auch mit solcher vom Menschen — inficirt werden kann, und bei Genuss von solchem Fleisch der Mensch eine Rückinfection erleiden kann. Immerhin ist diese Annahme eine gewundene, und es muss offen bleiben, ob es sich hier nicht um eine Inhalationsinfection handelt.

B. Fränkel: Dieser Fall zeigt, dass auch nicht jede Tuberculose der Tonsillen eine Fütterungstuberculose zu sein braucht, sondern auf Inhalation von in Luft schwebenden Tuberkelbacillen zurückzuführen sein kann; ebenso steht es mit der Darmtuberculose.

Discussion über B. Fränkel's Vortrag: Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie?

P. Heymann: Czermak war der Apostel der Laryngoskopie; Stoerk hat immer Türck als ihren Erfinder bezeichnet; er hat zuerst die klinische Laryngoskopie angewendet. Er hat auch Cz. Mittheilungen über seine Methode und Befunde gemacht, und dieser hat, ohne Türck vorher zu unterrichten, seine Resultate veröffentlicht und sich ihm gegenüber ins Unrecht gesetzt, und die Empfindung desselben ist wohl die Quelle seiner immerhin bindenden Erklärung. Die Garcia-sche Methode sollte anderen Zwecken dienen und ist für die Medicin eine sehr unvollkommene gewesen.

Kohler (a. G.) ergeht sich in weitläufigen juristischen Auseinandersetzungen über Erfindung, Patent, Verbesserungserfindung u. s. w., die sich in dem kurzen Rahmen eines Referates nicht wiedergeben lassen. Sie gipfeln in dem Satz: Czermak war unzweifelhaft ein Erfinder, aber nicht der der Laryngoskopie; dies war vielmehr Türck.

Mankiewicz (a. G.). Baumès und Babington haben sicherlich schon praktische Laryngoskopie getrieben; letzterer ist nach dem Urtheil der Geschichte der Erfinder der Laryngoskopie.

B. Fränkel: Türck war nicht in der Lage, seine Methode den Aerzten zur allgemeinsten und ausgiebigsten Benutzung zu empfehlen; nach Czermak's Publication wurden Aerzte, die sich vorher mit anderen Disciplinen beschäftigt hatten, Laryngologen, wie z. B. Türck selbst.

Katzenstein: Der Erfinder des Kehlkopfspiegels ist Garcia; er hat die gesammte Physiologie des Gesanges und des Sprechens in systematischer Weise aufgebaut.

Discussion über Kuttner's Vortrag: Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

Grabower: Die Wagner-Grossmann'schen Untersuchungen haben uns immerhin über die functionelle Stellung des M. cricothyreoid. unterrichtet. Bei Schädigung des Recurrens leiden die Nervenelemente der Adductoren und Abductoren gleichmässig, aber der Effect, die Lähmung, kommt bei Letzterem früher zum Ausdruck. Eine grössere Vulnerabilität des Posticus ergiebt sich aus der Thatsache, dass die musculäre Nervenversorgung in demselben viel ungleichmässiger als in den Adductoren, und dass die Zahl seiner nervösen Elemente ungleich geringer ist. An eine biologische Differenz beider Muskelgruppen will G. nicht glauben.

(Discussion wird vertagt.)

Sitzung vom 4. Mai 1906.

A. Rosenberg stellt eine 48jährige Frau mit einem Nasensarkom vor, das anscheinend vom Siebbein ausgehend, in die Sinus maxillaris und frontalis eingedrungen ist und die Orbitalwand des letzteren durchbrochen hat.

Schötz berichtet über einen Patienten, der nach einem Lippenfurunkel Schmerzen in der Brust und blutig tingirtes Sputum bekam — unter Temperatur-

anstieg —, dazu gesellten sich Heiserkeit und Schmerzen im Kehlkopf. Unter dem Epiglottiswulst zeigte sich ein über bohnengrosser fibröser Tumor, der entfernt wurde. Nach 8 Tagen Recidiv. Bei der Application der Schlinge kam neben ihm ein kleines spitzes Knochenstück heraus.

Wahrscheinlich hatte der Patient, der bei der Operation des Lippenfurunkels narkotisirt worden war, beim Genuss von Bouillon das Knochenstückchen aspirirt und dasselbe hatte eine Granulationsgeschwulst erzeugt.

Fortsetzung der Discussion über Kuttner's Vortrag: Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

Katzenstein: Nach Broeckaert, Kuttner's und Katzenstein's Untersuchungen muss man annehmen, dass Schädigungen, die experimentell den Recurrensstamm treffen, sofort Ad- und Abductoren in gleicher Weise ergreifen. Kuttner's Kritik über K.'s und du Bois-Reymond's Untersuchungsergebnisse bezüglich der Erklärung des zweiten Stadiums der Recurrensparalyse ist nicht zu Recht bestehend. Der Kuttner'sche Versuch lässt ausser Acht, dass sensible Einflüsse das Stimmband bewegen können, und den Stellungsreiz. Er hat auch die etwaige Rolle des Sympathicus und der Gefässe nicht berücksichtigt. Uebrigens giebt es einen N. laryng. med. nicht.

Grabower ficht das Untersuchungsergebniss von Katzenstein und du Bois-Raymond an, dagegen hält er den Kuttner'schen Dyspnoeversuch für einwandsfrei. Ein N. laryng. med. ist bei Menschen und Hunden nicht vorhanden, aber beim Kaninchen.

Kuttner sucht die Gültigkeit seines Versuches K. gegenüber zu erhärten. Er hat auch nach gleichzeitiger Durchschneidung des Recurrens und Sympathicus keine anderen Resultate erhalten.

Der Soundby'sche Fall beweist, dass das Semon'sche Gesetz nicht ausnahmslos gilt, aber er ist eben eine Ausnahme.

Als Ursache des Semon'schen Gesetzes wird durch die Annahme einer biochemischen Differenz beide Muskelgruppen besser erklärt als durch einen Unterschied in dem numerischen Innervationsverhältniss. A. Rosenberg.

---

b) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1905.

Dundas Grant: Wahrscheinlich maligner Tumor der Kieferhöhle; zur Diagnose.

Patient, ein 44jähriger Mann, hat seit 3 Wochen einen Tumor unter der linken Orbita, der rapid gewachsen ist. In der linken Nasenhöhle zahlreiche Polypen; linke Oberkieferhöhle bei Durchleuchtung völlig dunkel. Unter Jodkali trat eine subjective Besserung ein, doch behielt der Tumor seine Grösse. Eine vom unteren Nasengang eingeführte Probepunctionsnadel ging leicht durch den Knochen hindurch und schien in eine freie Höhle einzudringen. Es wurde ferner mit einer Punctionsnadel in den Tumor zwischen Wange und Zahnfleisch eingegangen, es kam jedoch weder Eiter noch Blut hervor. Es handelt sich um die

Frage, ob ein vom Antrum ausgehender maligner Tumor oder eine gummöse Periostitis vorliegt.

Der Vorsitzende hält die Geschwulst für ein Sarkom.

Scanes Spicer schlägt vor, die Oberkieferhöhle breit zu eröffnen und sie makroskopisch und mikroskopisch zu untersuchen; im Fall es sich um einen malignen Tumor handelt, müsste die Resection des Oberkiefers gemacht werden.

Derselbe: Ein aus der Fossa supratonsillaris entspringender, wahrscheinlich cystischer gestielter Tumor.

Der Tumor wurde bei dem 68jährigen Patienten zufällig entdeckt.

Derselbe: Fall von Trauma des Kehlkopfs.

Patient ist total heiser. Man findet in der Umgebung des Larynx zahlreiche Narbenstränge, die Folge eines Selbstmordversuchs, den Pat. vor circa einem halben Jahre gemacht hatte. Ein Schnitt war damals bis auf den Schildknorpel gegangen. Es besteht jetzt eine erhebliche Schwellung der linken Larynxhälfte und ein rothes Band erstreckt sich schräg von rechts nach links und von hinten nach vorn und bedeckt einen grossen Theil des rechten und eine kleine Portion des linken Stimmbandes. Die Erstickungsanfälle, an denen Pat. leidet, scheinen rein hysterischer Natur zu sein.

Kelson: Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei einem 17jährigen Mädchen.

Seit 5 Jahren constatirt die Kranke eine Veränderung ihrer Stimme; seit derselben Zeit regurgirten Speisen und Flüssigkeiten durch die Nase. Es ist keinerlei Erkrankung vorausgegangen. Es besteht linksseitige Gaumensegellähmung und Lähmung des linken Stimmbandes. Kein Tremor, noch Muskelrigidität an Hals oder Beinen; leichte Reizung der Reflexe.

Havilland-Hall glaubt, dass manche Fälle sonst unerklärlicher Stimmbandlähmung auf einer Neuritis beruhen.

Dundas Grant meint, die Ursache der Lähmung habe ihren Sitz im Vagus-Accessoriuskern, jedenfalls aber oberhalb des Abgangs des Pharynxastes. Er hat bei der Patientin Nystagmus bei geschlossenen Augen, sowie Störungen beim Urinlassen constatirt. Er denkt an die Möglichkeit einer disseminirten Sklerose.

Barwell ist ebenfalls der Ansicht, dass eine centrale Erkrankung vorliegt.

Sir Felix Semon macht darauf aufmerksam, dass das Zusammentreffen von linksseitiger Gaumensegellähmung, Nystagmus und Kehlkopflähmung ein sicheres Anzeichen dafür ist, dass die Ursache der Unbeweglichkeit des Stimmbands nicht eine periphere sein kann. In Anbetracht der langen Dauer der Erkrankung muss man annehmen, dass, wenn es sich um eine Sklerose handelte, sich schon andere charakteristischere Symptome entwickelt hätten. Eine definitive Diagnose kann er bisher nicht stellen.

Fitzgerald Powell ist der Ansicht, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine periphere Neuritis handelt, als Resultat einer Toxinwirkung, Diphtherie oder Influenza.

Furniss Potter: Abnorme Hyperplasie der Tubenknorpel, die so in den Nasenrachenraum vorspringen, dass eine Behinderung der Nasenathmung resultirt.

Bei der über erschwerte Nasenathmung klagenden 16jährigen Patientin constatirte P. zwei dicke rothe Wülste, die von beiden Seiten her in den Nasenrachen hervorsprangen und den Anblick der Choanen erheblich erschwerten. Die hinteren Enden der unteren Muscheln waren noch daneben sichtbar. Die Form der Wülste, die Mündungen der Tuben, die Rosenmüller'schen Gruben berechtigten zu der Annahme, dass es sich um abnorm entwickelte Tubenknorpel handelte.

Donelan hält das Vorkommen dieser Affection für häufiger, als man glaubt. Er hat darauf geachtet und in den letzten 2—3 Jahren 6 Fälle gesehen. In keinem seiner Fälle waren adenoide Vegetationen vorhanden, mit denen das hier besprochene Vorkommniss wohl bisweilen verwechselt wird.

William Hill hat ebenfalls einen solchen Fall bei einem jungen Menschen beobachtet. Im vorliegenden Fall glaubt er, dass es sich mehr um eine entzündliche Infiltration des Gewebes der Tubenwülste, als um eine Bildungsanomalie handelt.

De Santi: 1. Maligner Tumor der Zungenbasis und Epiglottis.

Bei dem 56 jährigen Patienten findet sich ein grosses ulcerirtes Carcinom der Zungenbasis, das auf die Epiglottis, den Kehlkopf und Rachen übergegriffen hat. Drüsenschwellung; Abmagerung. S. stellt den Patienten zur Beantwortung der Frage vor, ob er noch operirt werden soll.

Sir Felix Semon hat zufälligerweise im Laufe der letzten drei Wochen Gelegenheit gehabt, drei fast identische Fälle zu sehen. Der beste Weg in diesen bezüglich der verantwortungsvollen Frage, ob operirt werden soll oder nicht, so schwierigen Fällen ist, dass man freimüthig, aber ohne Brutalität dem Kranken oder seiner Familie auseinandersetzt, welches die Chancen sind und ihnen die Entscheidung überlässt. Nichts thun ist hier identisch mit Verurtheilung zu einem sicheren baldigen und qualvollen Tode. Entschliesst man sich zur Operation, so handelt es sich um einen grossen und gefährlichen Eingriff, der an und für sich tödtlich verlaufen kann; gelingt die Operation, so besteht die Gefahr des Recidivs. Redner persönlich würde vorziehen, an der Operation zu sterben, als den langsamen und qualvollen Tod zu erleiden, wenn die Krankheit sich selbst überlassen bleibt. Im vorliegenden Fall sind die Chancen wegen des Ergriffenseins der seitlichen Rachenwand und der grossen Anzahl inficirter Drüsen sehr schlecht.

Furniss Potter hat erst gestern der Operation eines ähnlichen Falls, den er einige Tage lang beobachtet hatte und in dem der Pat. nach Darlegung aller Umstände sich zu dem Eingriff entschlossen hatte, beigewohnt. Es wurde der Tumor völlig entfernt mit Amputation der Zungenbasis, der Epiglottis und eines Theils der seitlichen Pharynxwand.

Scanes Spicer berichtet über einen Fall von Operation eines Carcinoms des Larynx, Pharynx und Oesophagus nach Gluck. Pat. starb einige Stunden darauf an Herzschwäche.

2. Sarkomatöse Geschwulst der linken Nasenhöhle.

Pat. ist in Beobachtung seit 6 Wochen. Die linke Nasenhöhle ist ausgefüllt von einem weichen, gefässreichen polypösen Tumor, der dem Septum aufsitzt. Mikroskopische Untersuchung eines Probestückchens ergab Sarkom. Es fragt sich, ob bei dem hohen Alter und der Schwäche des Patienten ein grosser Eingriff von aussen her gerechtfertigt ist.

Dundas Grant hält es für möglich, den Tumor mit dem Stück des Septums, an dem er inserirt, zu exstirpiren. Die histologische Untersuchung der Septumtumoren kann oft alle Charakteristika der Malignität haben, ohne dass es nachher zu Recidiven kommt.

Pegler glaubt, dass dies der erste der Gesellschaft vorgestellte Fall von circumscriptem Sarkom des Septums ist.

Sir Felix Semon: Ein Fall von wahrscheinlich tuberculösem Tumor der Interarytaenoidfalte bei einem 40jährigen Mann.

Es handelt sich um einen von normaler Schleimhaut überkleideten Tumor auf der rechten Seite der Interarytaenoidfalte; seiner Natur nach ist der Tumor wahrscheinlich ein Tuberculom; er unterscheidet sich durch sein Aussehen jedoch von den an dieser Stelle so häufig getroffenen tuberculösen Infiltrationen. S. räth, augenblicklich, da der Tumor keine Beschwerden macht und um nicht möglicherweise eine Infection des Larynx herbeizuführen, nichts zu machen.

Scanes Spicer: Multiple Kehlkopfpapillome bei einem 41jähr. Mann.

Die Tumoren bedecken das ganze Kehlkopfinnere und die Innenfläche der Epiglottis. Vor 15 Jahren war ein einzelnes Papillom vorhanden gewesen. Redner fragt, ob die Laryngofissur gerechtfertigt ist.

Saint-Clair hält die Affection für tuberculös.

Sir Felix Semon räth zur Operation per vias naturales.

Sitzung vom 1. December 1905.

Watson Williams: Ein Rhinolith.

Bei der betreffenden Patientin bestand seit $2^1/_2$ Jahren reichliche Absonderung aus der Nase nebst Kakosmie und Kopfschmerz. Alle diese Symptome verschwanden nach Entfernung des Rhinolithen. Dieser schien sich um einen Wattebausch als Kern gebildet zu haben. Das Concrement bestand hauptsächlich aus Calciumphosphat.

Barwell: 1. Fall von tuberculöser Ulceration der Nase.

Vor einem halben Jahre bestand bei der 29jährigen Patientin ein tuberculöses Geschwür von charakteristischem Aussehen am vorderen Theil der Scheidewand und ein anderes kleines auf der correspondirenden Stelle der äusseren Wand, sowie Granulationen an der linken mittleren Muschel. Ausgesprochene Veränderungen an den Lungen. Das Geschwür wurde täglich mit einer Mischung von

Milchsäure, Formalin und Carbolsäure geätzt. Nach 4 Monaten war das Geschwür geheilt; es ist nur eine weiche Narbe am Septum geblieben.

Saint-Clair Thomson erörtert die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberculose der Nase. Er bekennt sich zu der von Escat ausgesprochenen Ansicht, dass der Lupus die einzige Form von Tuberculose darstellt, der man in der Nase begegnet.

2. Ein Fall von geheiltem Lupus des Kehlkopfs und der Uvula.

Patientin, ein 15jähriges Mädchen, wurde zuerst im März 1905 gesehen; die Epiglottis war geschwollen und charakteristische Knötchen bestanden längs der ary-epiglottischen Falten. Die Stimmbänder waren geröthet und ulcerirt; die Uvula war ebenfalls afficirt. Patientin besserte sich im Krankenhause unter Arsenbehandlung derart, dass von der ursprünglich geplanten Localbehandlung abgesehen werden konnte. Die Knötchen sind meist ohne Ulceration verschwunden und es ist eine Narbenbildung zurückgeblieben.

De Santi: Fall von syphilitischen Granulomen und Stenose des Larynx.

Patient wurde im November 1902 mit Heiserkeit, geringem Schmerz und erschwerter Athmung vorgestellt. Es bestand damals ein grosser Tumor auf dem linken Stimmband und eine narbige Veränderungen zeigende Geschwulstbildung an der hinteren Larynxwand. Als einige Monate später die Athembeschwerden grösser wurden, gab Patient seine Zustimmung zu einer Laryngofissur. Es wurde der Tumor des Stimmbandes und die Narbenmassen an der hinteren Kehlkopfwand entfernt. Patient befindet sich heute ausgezeichnet: die Stimme ist sehr deutlich, die Athmung frei. Der Tumor hatte die Grösse einer kleinen Nuss und war aus sehr hartem fibrösen Gewebe zusammengesetzt. Es handelte sich um syphilitische Granulome, bei denen de Santi die Laryngofissur für angebracht hält. In allen von ihm operirten Fällen waren die Resultate gut.

Brown Kelly: Sklerotische Hyperplasie des Rachens und Nasenrachens.

Im August 1899 wurde Patient dem Redner wegen Hypertrophie der Uvula zugeschickt. Ausserdem fand man an beiden seitlichen Rachenwänden je einen breiten vorspringenden Strang, der sich nach oben in den Nasenrachen erstreckt. Nach Abtragung der colossal verdickten Uvula konnte man mittels der Rhinoskopia posterior constatiren, dass der Nasenrachenraum zum Theil infolge der Verdickung des Gaumensegels, zum Theil wegen der oben erwähnten, sich nach oben fortsetzenden Stränge an der seitlichen Pharynxwand erheblich in seinem Volumen reducirt war. Man konnte auch feststellen, dass diese Stränge sich nach unten bis zum Kehlkopf erstreckten und die Aryknorpel sowie den hinteren Theil der Stimmbänder überragten. Das hyperplasirte Gewebe sah blass aus und war von fester Consistenz. Nach Abtragung des grössten Theils der Uvula fühlte sich Patient als geheilt. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um eine chronische Hyperplasie des interstitiellen Gewebes ohne Tendenz zur Degeneration und ohne Befund von specifischen Mikroorganismen.

Peters: Fall von chronischer Pharyngitis mit Polyp der Uvula.

Es handelte sich um ein Papillom.

William Hill: Nasenpolyp und Empyem bei einem Patienten mit langdauernder Rhinitis atrophicans.

E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Januar 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. Onodi: Der häutige Antheil des mittleren Nasenganges (anatomische Präparate).

Die von Zuckerkandl als Fontanellen bezeichneten häutigen Stellen des mittleren Nasenganges können nach den Untersuchungen Onodi's verschiedene Ausdehnung haben: die hinter dem Processus uncinatus sich befindende hintere Fontanelle kann 1—15 mm lang, 1—12 mm hoch sein; die oberhalb des Proc. uncinatus befindliche 5—17 mm lang, 2—5 mm hoch; die unterhalb des Proc. uncinatus hinten liegende 3—20 mm lang, 3—15 mm hoch; die unterhalb des Hiatus semilunaris vorn liegende 1—16 mm lang, 1—6 mm hoch sein. In einem Falle war unter dem Proc. uncinatus eine 31 mm lange und 10 mm hohe Fontanelle vorhanden. In 3 Fällen beobachtete O. eine knöcherne Wand im mittleren Nasengange.

2. Onodi: Primäre Tuberculose der Nasenscheidewand.

Das klinische Bild sprach für ein Carcinom. Der erkrankte Theil wurde mittels temporärer Aufklappung des Nasenrückens entfernt. Die mikroskopische Untersuchung hat Tuberculose der Nasenscheidewand nachgewiesen. Uebrigens war bei dem 60jährigen Manne kein anderes Symptom der Tuberculose.

3. Onodi: Neuere rhinologische Instrumente.

Demonstrirt verschiedene von ihm construirte Conchotome für die untere und mittlere Muschel. — Ferner zeigt er seine Kieferhöhlenstanze, welche das Princip des Troicarts und der Knochenstanze vereinigt.

4. Polyák: Ein neuer Inhalationsapparat zum gleichzeitigen Einathmen zerstäubter Lösungen und ätherischer Substanzen.

Der Wasserkessel des Siegle'schen Apparates wird in 2 Theile getheilt; in den äusseren kommen die ätherischen Stoffe; von hier führt eine Röhre bis zum Zerstäuber, wo die ätherischen Dämpfe sich mit der zerstäubten Flüssigkeit mischen.

5. Polyák: Ueber die Anwendung der Bier'schen Stauungshyperämie bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Die Stauungshyperämie wurde mit Hülfe einer tief unten am Halse angelegten Gummibinde hervorgerufen. P. berichtet über 5 Fälle: 1. Acutes Empyem

der Kieferhöhle, in 12 Tagen geheilt. 2. Acutes Empyem beider Kieferhöhlen, Eiterung der linksseitigen Siebbeinzellen, in 10 Tagen geheilt. 3. Tonsillitis pseudomembranacea (Angina Vincenti), in 2 Tagen geheilt. 4. Tonsillitis acuta; die Schmerzen haben sofort aufgehört. 5. Tuberculöse Perichondritis des Kehlkopfes mit Stenose, Tracheotomie vor 3 Monaten. Die Schmerzen, welche Dysphagie verursachten, wurden sofort gelinder, die entzündlichen Erscheinungen nahmen ab.

6. Lipscher: Fall von Kehlkopf- und Trachealstenose; Tracheotomie; Intubation.

Obere Partien des Kehlkopfes, Nase, Rachen bieten nichts Abnormes; unter den Stimmbändern ist ein unebener, mit trockenen Krusten bedeckter, diaphragmaartiger, circulärer Wulst sichtbar, in dessen Mitte sich eine geringe Oeffnung befindet; Lungenbefund normal. Wegen erschwerter Athmung Tracheotomie. Nach zwei Wochen Intubation bis Tubus No. 17; das subglottische Diaphragma schwand langsam und war nunmehr ein geringer Rest an der vorderen Trachealwand sichtbar. Die Canule wurde dauernd entfernt; Patientin athmet frei, Stimme normal.

7. Zwillinger: Modificirte Curette für den Nasenrachenraum.

Demonstrirt eine Curette eigener Construction; sie stellt eine Combination der Beckmann'schen Curette mit einer Auffangevorrichtung, einem Löffel für die abgehobelten Adenoide vor.

Sitzung vom 27. Februar 1906.

1. Baumgarten: Haemangioma tonsillae et linguae.

Das Haemangiom verdeckt die ganze rechte Tonsille, verbreitet sich bis zur Mitte der Zunge und auf die hinteren Randtheile derselben und geht nach hinten auf den Zungengrund über, stellenweise einzelne Inseln freilassend. Es bestanden Blutungen, auf welche Tonogenum suprarenale günstig einwirkte.

3. Baumgarten: Ein Fall von Lupus des Kehlkopfes.

Bei einem 22jährigen Mädchen ist das ganze linke Stimmband infiltrirt und zeigt an seiner Oberfläche gräuliche, stecknadelkopfgrosse Knötchen; Patientin hat auch auf der linken Hand ein ausgedehntes lupöses Infiltrat. Durch Milchsäurepinselungen zusehende Besserung.

4. Zwillinger: Fixirbarer Nasenspiegel.

Demonstrirt ein sehr practisches Nasenspeculum eigener Construction, welches nach dem System der Lidöffner construirt ist; dasselbe stützt sich mit einem nach unten verlängerten und einem queren, daran verschiebbaren Arme auf das Kinn; die beiden federnden Branchen können mit verschiebbarer Metallöse einander genähert und die Spannung herabgesetzt werden. Der Preis ist sehr mässig.

v. Navratil.

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XVII. Sitzung vom 26. November 1905 in Köln.

Anwesend 41 Mitglieder.

Bei der Vorstandswahl wurde an Stelle des im Turnus ausscheidenden I. Vorsitzenden Hansberg (Dortmund) Keller (Köln) gewählt.

I. Bernhard (Köln) demonstrirt die obere Tracheo- und Bronchoskopie nach Killian an einer Patientin und berichtet über einen von ihm an der Schrötter'schen Klinik in Wien beobachteten Fall von luetischen Ulcerationen in der Gegend der Bifurcation. Ein Tumor in der Gegend der linken Clavicula, kachectisches Aussehen und stenotische Beschwerden hatten die Vermuthung, es handle sich um ein Sarkom, nahegelegt, bis durch Bronchoskopie die Diagnose Lues gestellt werden konnte.

II. Löhnberg (Hamm): Ueber die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Gaumendehnung nach Schroeder (Cassel).

Die von Eysell vorgeschlagene und von Schroeder ausgebaute Methode beruht auf der Anlegung eines Extensionsapparates, der, den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers anliegend, vermittelst einer Dehnungsschraube eine Abflachung des Gaumengewölbes bewirken soll. L. hat die günstige Einwirkung dieses Verfahrens an einem entsprechenden Fall genau beobachtet und hält dasselbe in Fällen von „hohem Gaumen", bei welchen Adeno- und Tonsillotomie ohne Erfolg blieben, für empfehlenswerth. (NB. Das Verfahren wurde auf der letzten Versammlung der süddeutschen Laryngologen in Heidelberg von Schroeder selbst demonstrirt.)

Discusssion:

Vohsen (Frankfurt) ist der Auffassung, dass bei dem angewandten Schroeder'schen Verfahren die Dehnung des Kiefers ausschliesslich eine Auswärtsdrängung der Alveolarfortsätze sei.

Pröbsting (Wiesbaden) hält die Methode zur Nachprüfung für empfehlenswerth und hat in einem Falle von Spitzgaumen und behinderter Nasenathmung mit vorstehenden oberen Schneidezähnen einen günstigen Erfolg von Correctur der Zahnstellung gesehen.

Blumenfeld (Wiesbaden) glaubt, dass die eventuellen Erfolge des Schroeder'schen Verfahrens auf die Mundathmung darauf zurückzuführen seien, dass die Patienten durch die Verbesserung ihrer abnormen Zahnstellung den Mund schliessen könnten.

Löhnberg betont im Schlusswort, dass durch das Schroeder'sche Verfahren in der That eine Dehnung des ganzen Gaumengewölbes erzielt werden könne.

III. Kronenberg (Solingen): Ueber einen nach besonderer Methode aus der Nase entfernten Fremdkörper.

Es handelt sich um eine sogenannte Schleufe, einen gebogenen Drahtstift mit geschärften Enden, der ungefähr die Form einer ganz kurzen Haarnadel hat.

Diesen Fremdkörper hatte sich ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind in die rechte Nasenseite gezwängt, die Umbiegungsstelle nach hinten, die spitzen Enden nach vorn. Den nicht biegsamen Fremdkörper nach vorn zu entfernen war nicht möglich, da sich beim Versuche die obere Branche in den Nasenrücken, die untere in den Nasenboden bohrte. Es blieb also nur übrig, die Schleufe durch den Nasenrachenraum zu entfernen. Zu diesem Zwecke wurde zunächst nach Cocainisirung eine Schlinge mit einer schlanken Heymann'schen Zange über die untere Branche der Schleufe gelegt und mit einer Sonde nach hinten geschoben. Hierauf wurde am Fremdkörper vorbei ein dünnes Bougie in den Rachen zum Mund herausgeführt, ein Faden daran befestigt, das eine Ende desselben mit dem Bougie zurückgezogen und mit der zuerst angebrachten Schlinge verknüpft. Nunmehr gelang es leicht, an dem anderen Ende des Fadens den Fremdkörper zum Munde herauszuziehen.

Discussion:

Fabian (Mülheim a. d. Ruhr) hat einen ähnlichen Fremdkörper aus dem Larynx eines Kindes mittelst Laryngotomie entfernt.

Reinhard (Köln) demonstrirt eine Hartgummi-Prothese, welche er bei einem an Highmorshöhlen-Empyem leidenden Patienten, der von der Fossa canina aus operirt wurde, in der Oberkieferhöhle fand.

C. Schmidt (Düsseldorf) berichtet über einen Fall von Fremdkörper (kleine Erbse) in der Highmorshöhle, der bei der ersten Ausspülung nach Anbohrung von der Alveole aus sich in der Spülflüssigkeit zeigte. Patient gab an, nach Genuss eines Erbsengerichts sich erbrochen zu haben und soll die Erbse durch das Infundibulum in die Highmorshöhle gepresst sein (?). Ferner bespricht S. einen Fall von Verlagerung der linken Nasenhälfte und Nebenhöhleneiterungen, deren Ursache ein Nasenstein war, welcher sich um einen Kirschkern gebildet hatte.

IV. Keller (Köln): Ueber Entwickelung fötaler Knorpelreste in Nase und Ohr.

Demonstration eines Osteoms der Nase und Besprechung der Siebenmann-schen und Körner'schen Untersuchungen und Theorien über die Entstehung der Otosklerose.

V. Lieven (Aachen): a) Beitrag zur Kenntniss der gummösen Nasensyphilis.

Der Vortrag erscheint in Max Joseph's Dermatologischem Centralblatt.

b) Fall von Arrosion der Arteria vertebralis durch ein Rachengeschwür bei Lues maligna.

Bei einem 35jährigen Patienten (Potator) zeigte sich 8 Monate post infectionem totaler ulceröser Zerfall der rechten Gaumenmandel und Fortsetzung des Geschwürs auf die hintere Rachenwand. In der Gegend der Plica salpingo-pharyngea wurde ein tiefes markstückgrosses Geschwür festgestellt, das bis auf die Wirbelsäule reichte. Alle therapeutischen Maassnahmen (Quecksilber, Jodkali, Kalomelinjectionen, Zittmann) sowie energische Localbehandlung blieben erfolglos. Nach circa 2 monatlicher Behandlung war der Patient zum Skelett abgemagert, es traten Schwindelerscheinungen und rechtsseitige Abducenslähmung (Embolie) auf, bis plötzlich unter starkem Bluterguss aus der Ulceration der Exitus eintrat.

VI. Hansberg (Dortmund): Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome.

H. berichtet über 4 Fälle, von denen im ersten die Kuhn'sche Zange, in den drei anderen eine von Schäffer construirte Nasenzange angewendet wurde. Bei diesen gelang es, im ersten in 5, in den drei übrigen in 3 Sitzungen die Geschwülste vollkommen zu entfernen. Es wurde bimanuell (Einführen des Zeigefingers der linken Hand in den Nasenrachen) operirt und trat nur in einem Falle erhebliche Blutung ein. Ein bei einem Patienten auftretendes Recidiv konnte in einer Sitzung leicht entfernt werden.

Discussion:

Hopmann II erwähnt die 1886 von Hopmann sen. zuerst angewandte Methode, bei der nach Anlegung des Velitractors bei hängendem Kopfe die Geschwulst umschnitten und abgehebelt wird.

Marx (Witten) glaubt, dass durch Anwendung von Nebennierenpräparaten die Blutungen wesentlich einzuschränken seien; bei einem entsprechenden Falle gelang es, zunächst eine Probeexcision unblutig auszuführen.

Neuenborn (Crefeld) hat im Anfang des Jahres ein grosses Fibrosarkom des Nasenrachens nach der Hopmann'schen Methode und mit Anwendung von Adrenalin ohne grössere Blutung operirt. Auch bei der Killian'schen Radicaloperation der Stirnhöhle hat N. das Adrenalin mit gutem Erfolge (bei Unterlassung der hinteren Tamponade) angewandt.

Moses (Köln) erwähnt die seiner Zeit von Schmithuisen (Aachen) angegebene combinirte Anwendung von Elektrolyse und Galvanokaustik. M. hat in zwei Fällen mit Elektrolyse gute Resultate erzielt und hält die Methode bei Anämischen, bei Blutern, sowie in Fällen, in denen Narkose nicht angezeigt ist, für durchaus empfehlenswerth.

Lieven (Aachen) spricht sich für Anwendung von Cocain und Adrenalin aus.

Reipen (Siegen) empfiehlt zur Vermeidung starker Blutungen Operation in halbsitzender Stellung und leichter Morphium-Chloroform-Narkose.

Vohsen, Kronenberg, Rumler. Moses (Köln).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, October. 1906. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege, Medicamente.

1) **E. v. Navratil. Die Rolle der ungar. med. Zeitung „Orvosi hetilap" in der Entwickelung der practischen Rhino-Laryngologie.** *Orvosi hetilap. No. 1. 1906.*

Nach einer eingehenden Würdigung der Verdienste Czermak's, welchen N. als denjenigen bezeichnet, der mit Inanspruchnahme künstlichen Lichtes (Moderateur-Lampe) zuerst an sich, dann an Kehlkopfkranken die Laryngoskopie practisch verwerthete, hebt N. den Antheil hervor, den das ungarische medic. Wochenblatt „Orvosi hetilap" an der Verbreitung der practischen Rhino-Laryngologie nahm. Folgen die von Balasso, Bókai, Hirschler, Pollák und Tóth in den Jahren 1858, 1859, 1860 an Czermak zur Bespiegelung und zur Feststellung der Diagnose gewiesenen Fälle.

v. NAVRATIL.

2) **G. G. Sangster** (Süd-Australien). **Ein Fall von abgeschnittenem Hals. (A case of cut throat.)** *Australasian Medical Gazette. Mai 1905.*

Der 34jährige Patient hat 6 Wochen, bevor er in Behandlung kam, einen Versuch gemacht, sich den Hals abzuschneiden. Die Wunde erstreckte sich von einem Sternocleido-Mastoideus bis zum andern durch das Spatium thyreo-hyoideum. Die lateralen Theile dieser Wunde waren geheilt; im Centrum war eine Fistel, in der man die durchschnittenen Enden der Epiglottis, das Kehlkopfinnere und die Hinterwand des Pharynx sehen konnte. Beim Versuch, zu schlucken, floss die Flüssigkeit aus der Oeffnung; die Stimme war nur ein Flüstern. Unter Aethernarkose wurde tracheotomirt und der Larynx tamponirt. Dann Naht der durchtrennten Theile mit Catgut. Nach Heilung der Operationswunde konnte Patient ohne Schwierigkeit schlucken und sprechen.

A. J. BRADY.

3) **Sir William Bennett** (London). **Eine klinische Vorlesung über drei Tumoren des äusseren Halses. (A clinical lecture on three cases of tumours of the neck.)** *The Clinical Journal. London. Vol. XXVIII. p. 130.*

Verf. beschreibt: 1. einen fluctuirenden submaxillaren Tumor bei einem 17jährigen Mädchen; er giebt dabei eine sorgfältige Unterscheidung zwischen tuberculösen und anderen Drüsenabscessen und Cysten des Halses. 2. Einen

Schilddrüsentumor. Es schien sich um ein cystisches Adenom zu handeln. Für die Operation zieht Verf. eine schräge Incision der horizontalen vor. Er bespricht besonders ausführlich die Behandlung der Blutung während der Operation. Fieber und Tachykardie nach der Operation sind keine sicheren Anzeichen für Sepsis, da diese Symptome auch mit der Function der Schilddrüse in Zusammenhang stehen können. 3. Ein augenscheinlich fluctuirender Tumor über der Parotis. Der Tumor trat secundär zu einem Carcinom der Tonsille hinzu. Der Fall war zur Operation nicht geeignet.

JAMES DONELAN.

4) **Henry T. Barnes. Der Einfluss von Bodenfeuchtigkeit und Klima auf die Krankheiten der Respirationsorgane. (The influence of dampness of soil and climate on the diseases of respiration.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1906.*

B. giebt eine Uebersicht über die Literatur des Themas nebst statistischen Tabellen. Er kommt zu dem Ergebniss, dass ein Einfluss des Klimas auf die Entstehung von Krankheiten der Respirationswege sehr zweifelhaft ist, dass dagegen die trockene warme Luft, die wir durch die Heizung im Winter schaffen, einen Factor für die Entstehung solcher Krankheiten in dieser Jahreszeit bildet.

LEFFERTS.

5) **Polyák. Ueber Anwendung des Bier'schen Verfahrens bei Krankheiten der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 7.*

Verf. beschreibt 5 Fälle, in welchen er durch Anwendung des Bier'schen Verfahrens Erfolg erzielte. Fall I betraf ein Empyem der Highmorshöhle, welches durch den mittleren Nasengang mittelst Troicart eröffnet als geheilt galt; nach einem Halbjahr Recidive; bei Anwendung des genannten Verfahrens Verschwinden sämmtlicher Erscheinungen in 12 Tagen. Fall II: Beiderseitiges Empyem der Highmorshöhlen, complicirt mit Empyem der linksseitigen Siebbeinzellen. Vollständig geheilt. Fall III: Tonsillitis membranacea. Kurz nach Anlegen der Bier-schen Binde schwanden die Schmerzen, das Schlucken wurde schmerzlos; die Krankheit verlief rasch. Fall IV: Tonsillitis acuta; rascher Verlauf. Fall V: Perichondritis tubercul. laryngis mit Stenose; Tracheotomie. Die Schluckbeschwerden wurden bedeutend geringer, die Stimme reiner und kräftiger.

v. NAVRATIL.

6) **Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Balneotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22 u. 23. 1905.*

Der Vortrag wurde auf dem Balneologen-Congress 1905 gehalten und bespricht besonders für diesen Zuhörerkreis die Balneotherapie der einzelnen Erkrankungen der oberen Luftwege. Der Autor weist besonders auf die Erfolge von Winterkuren (z. B. bei recidivirendem Katarrh der feinen Bronchien: St. Moritz-Hochgebirge) hin und möchte solche Kuren auch mehr für andere Badeorte eingeführt wissen. Erwähnt sei hier auch die empfohlene günstige Wirkung der Glaubersalzwässer bei Unterlappenkatarrhen in Fällen von Plethora, Fettsucht, wo der Verf. ätiologisch oft durch Röntgendurchleuchtung eine rein mechanische Behinderung der Zwerchfellexcursionen durch den aufgetriebenen Leib beobachten

konnte. Bezüglich des Asthma nervosum ist Verf. der Ansicht, dass meist eine locale Reizstelle in der Nase zu finden sei, und dass nur die radikalste operative Therapie erfolgreich wäre, die sich zum Ziel gesteckt hat, „die beiden Nasenwände soweit auseinander zu rücken, dass sie unter keinen Umständen mehr miteinander in Berührung kommen können". ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Gernsheimer** (Mannheim). **Eine neue Inhalationsvorrichtung.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Der für Krankensäle bestimmte Spray-Apparat für alkalische Lösungen wird an die Dampfleitung angeschlossen und lässt sich mit geringen Kosten anbringen. Der Apparat ist eingehend beschrieben und durch Abbildung illustrirt. HECHT.

8) **J. Thanisch** (München). **Inhalationspfeife zur Verdampfung ätherischer Oele.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Die ganz aus Glas gefertigte, handliche Inhalationspfeife ist in der Arbeit abgebildet, die Technik eingehend beschrieben. HECHT

9) **Heryng** (Warschau). **Ueber eine neue Inhalationsmethode.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Demonstration eines Inhalationsapparates, der durch erhöhten Dampfdruck die nöthige feine Verstäubung erzielt. Temperaturdifferenzen des Inhalationsstromes von 30^{0} sind erzielbar durch eine verstellbare Vorrichtung, die verschiedene Quantitäten kühler Aussenluft zutreten lässt. Durch ein besonderes Rohr kann eine Temperaturerhöhung stattfinden, wodurch Medikamente in Dampfform übergeführt werden. Der Vortr. weist darauf hin, dass durch den Spray die gute Resorptionsfähigkeit der Lungen zur Einverleibung von Medicamenten ausgenutzt werden können. ALBANUS (ZARNIKO).

10) **W. Erb jun. Experimentelle und histologische Studie über Arterienerkrankung nach Adrenalininjectionen.** *Archiv f. exper. Pathol. Bd. LIII. Heft 3. S. 173.*

Verf. hat im Anschluss an die Untersuchungen von Josué (La presse médicale 1903) sowie von B. Fischer und v. Rzentkowski (Münchener med. Wochenschrift 1905 und Berliner klin. Wochenschr. 1904) die Veränderungen der Arterienwandung durch Adrenalininjection studirt.

Er findet bei Kaninchen, die mehrere Wochen 0,1—1 ccm Adrenalin (1:1000) erhielten, eine Erkrankung hauptsächlich der Aorta, die mit der menschlichen Arteriosklerose, mit der primären Sklerose (Wandverdickung durch Intimawucherung) und der Atherombildung (degenerative Processe mit Höhlenbildung) nicht identisch ist; sie kann dagegen mit der beim Menschen beobachteten Mediaverkalkung der grossen Arterien der Extremitäten (Marchand, Mönckeberg) verglichen werden. Die Aortaerkrankung wird wahrscheinlich hervorgerufen durch eine directe Giftwirkung auf die glatten Muskelzellen der Gefässwand.

J. KATZENSTEIN.

11) **M. Laub** (Wien). **Ueber die Wirkung einiger dem Adrenalin verwandter Ketonbasen in der rhinologischen Praxis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 19.*

Die Ketonbasen, speciell das Aethylaminoacetobrenzkatechin, haben sich in der laryngo-rhinologischen Praxis nach den Beobachtungen des Autors als gleich wirksam erwiesen wie die Nebennierenpräparate. CHIARI-HANSZEL.

12) **Finder** (Berlin). **Locale Anaesthetica und Analgotica—Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Zusammenfassende Darstellung über die in der Rhino-Laryngologie benutzten localen Anästhetica und Analgetica (Cocain, Eucain B., Adrenalin, Suprarenin, Yohimbin, Stovain, Orthoform, Anaesthesin, Menthol, Heroin), sowie über Therapie der Ozaena (Schleimhautmassage, Elektrolyse, Paraffininjectionen) und Beziehungen derselben zur Lungentuberculose. ALBANUS (ZARNIKO).

13) **E. Baumgarten. Das Alypin in der Rhino-Laryngologie.** *„Gegészet" Rhino-laryng. Beilage der „Budapesti Orvosi Ujság". No. 1. 1906.*

Verf. berichtet über 12 Fälle verschiedenster Art, in welchen 3—4mal wiederholtes Pinseln mit 10proc. Alypinlösungen Anästhesie erzeugte. B. resumirt seine Erfahrungen in Folgendem: Das Alypin anästhesirt in 10proc. Lösungen meistens gleich Cocain; dasselbe verursacht im Anfange der Wirkung eine geringe Hyperämie, welche aber nach 1—2 Minuten verschwindet, aber keiner Ischämie Platz macht; die Blutung ist stärker als bei Cocain, aber nicht bedeutender als ohne Anwendung von Anästheticis; die Schluckbeschwerden sind nicht so unangenehm als nach Pinselungen mit Cocain. v. NAVRATIL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Jerusalem** und **Falkner. Ueber Wehen und Wehenschmerz und deren Beziehungen zur Nase.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1906.*

Frauen, die an Dysmenorrhoe leiden, haben ceteris paribus in der Eröffnungsperiode der Geburt mehr Schmerzen als Frauen mit normaler Menstruation. Dieses Plus kann durch Pinselung der unteren Nasenmuscheln und der Tubercula sept. mit Cocain oder Adrenalin coupirt werden. Die Wehenthätigkeit wird dadurch nicht beeinflusst. Suggestion ist nicht sicher auszuschliessen. CHIARI.

15) **Notiz des Herausgebers. Die Nase in ihren Beziehungen zu den Geschlechtsorganen. (The nose in its relation to the sexual organs.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Der Artikel ist ein kritisches Referat der Veröffentlichung von Jerusalem und Falkner (Wiener klin. Wochenschrift, 1906, No. 15). Die Unsicherheit der Resultate rechtfertigt nach Ansicht des Verf. nicht die Anwendung der von den obengenannten Autoren empfohlenen Maassnahmen zur Unterstützung der Geburtsarbeit; jedoch besteht scheinbar in der That die Möglichkeit, die Heftigkeit der Wehenschmerzen von der Nase aus zu beeinflussen. LEFFERTS.

16) **Baumgarten. Acute Augenkrankheiten infolge acuter Nasenerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 1.*

I. Im Anschlusse an Influenza tritt linkerseits starkes Oedem der Augenlider und Exophthalmus auf; auf derselben Seite starke Schwellung der mittleren Muschel, seröser Ausfluss. Nach Resection des Vorderendes dieser Muschel und Ausräumung der Siebbeinzellen verschwanden die Augensymptome. II. u. III. Starke Schwellung des rechten Auges, so dass dasselbe nicht geöffnet werden kann; am Septum grauweisses, speckiges, hellergrosses Geschwür. Nach Jodkali Verschwinden aller Symptome. IV. Paresis recti int. et obliqui inf. lat. dextri. Bei der Sondirung des Sinus sphenoidalis entleert sich blutig-seröses Secret und es wird constatirt, dass die Augenmuskellähmungen sofort aufhörten. V. Grosse Schmerzen in der Supraorbitalgegend; am Vorderende der mittleren Muschel erbsengrosse Blase mit eitrigem Inhalte; nach Eröffnung derselben hörten die Schmerzen sofort auf.

v. NAVRATIL.

17) **Decros. Recidivirendes Gesichtseryispel nasalen Ursprungs auf dem Wege des Thränencanals. (Erysipèle de la face à répétitions d'origine nasale avec propagation par les voies lacrymales.)** *Journ. des soc. méd. de Lille. December 1904.*

Aus der Nase des betreffenden Patienten konnten Streptokokkenculturen gewonnen werden.

A. CARTAZ.

18) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Ein Fall von Schädeleiterung nasalen Ursprungs.** *Wiener klin.-therap. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Es bestand eine Schädeleiterung auf der horizontalen Siebbeinplatte, die zu einer Polypenbildung im Naseninneren und in weiterer Folge zur Fistelbildung unter dem linken Stirnhöcker geführt hat. Nach Freilegung des Krankheitsherdes konnte man sich überzeugen, dass die Dura an mehreren Stellen durchlöchert und von Eiter umspült war; das Gehirn pulsirte deutlich. Patientin wurde vollständig geheilt.

CHIARI-HANSZEL.

19) **Weichselbaum** und **Ghon** (Wien). **Der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis als Erreger von Endocarditis, sowie sein Vorkommen in der Nasenhöhle Gesunder und Kranker.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Die Untersuchungen des Nasensecretes bei Meningitis cerebrospinalis ergeben das häufige Vorhandensein des Micrococcus mening. cerebrosp. Die Entzündung der Nasen-Rachenhöhle müsse als jener Process angesehen werden, durch dessen Producte der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich, auf andere Menschen übertragen wird. Aber auch im Nasensecrete ganz gesunder Personen ohne merkliche Entzündung der Nase oder des Nasenrachenraumes fand sich genannter Micrococcus vor. Anregung zu weiteren diesbezüglichen Untersuchungen.

CHIARI-HANSZEL.

20) **Herzfeld** (Berlin). **Ueber Meningo-Encephalitis serosa nasalen Ursprungs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Nachdem bei einem 39jährigen Patienten wegen rechtsseitiger Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation nach Kuhnt vorgenommen, traten nach einem

halben Jahre in der Operationsnarbe Schmerzen auf. In beiden Nasenhöhlen wurde Eiter, aus den Stirnhöhlen kommend, festgestellt; daraufhin Freilegung der Stirnhöhlen: links sulzige Entartung der Schleimhaut, rechts ein Defect der Tabula interna, in den sich die Dura vorwölbt. Nach Incision in dieselbe entleert sich Cerebrospinalflüssigkeit in stark pulsirendem Strom. An demselben Tage noch viermal Verbandwechsel wegen Durchnässung des Verbandes. Vollkommenes Wohlbefinden, gute Heilung danach, bis plötzlich 13 Tage später Patient mitten im besten Wohlbefinden unter Convulsionen benommen vom Stuhl fällt, Temperatur 36,5, Puls 75. Noch am Abend Trepanation auf den rechten Stirnlappen: Dura vorgewölbt, hyperämisch. Durch Incision in dieselbe und in den Stirnlappen Entleerung reichlicher Mengen blutig-wässeriger Flüssigkeit, kein Eiter. Danach vollkommenes Wohlbefinden. Heilung. Leider wurde der Augenhintergrund nicht beobachtet.

Anschliessend an den Fall theilt Verf. mit, dass er unter 42 eröffneten Stirnhöhlen dreimal einen Defect in der Tabula interna fand. ALBANUS (ZARNIKO).

21) **M. E. Goodwin** und **A. D. von Sholly. Häufiges Vorkommen von Meningokokken in den Nasenhöhlen von Meningitiskranken und von Personen, die mit solchen in directer Berührung sind. (Frequent occurrence of meningococci in the nasal cavities of meningitis patients and of those in direct contact with them.)** *Journal of infectious diseases. Chicago. Februar 1906.*

Verff. isolirten aus dem Nasenschleim bei 50 pCt. der Meningitiskranken in den beiden ersten Wochen der Erkrankung Meningokokken und bei ungefähr 10 pCt. der Personen, die mit jenen in nahe Berührung kamen. Die Meningokokken waren häufig in grosser Menge vorhanden. Von gesunden Studenten gewonnene Culturen waren in Bezug auf Pathogenität und culturelles Verhalten den Meningokokken ähnlich; sie hatten jedoch nicht dieselben agglutinirenden Eigenschaften. Aus seinen Untersuchungen folgert Verf. die Wichtigkeit der Isolation von Kranken mit Cerebrospinalmeningitis, wenigstens in den Frühstadien der Krankheit.

EMIL MAYER.

22) **Notiz des Herausgebers. Vorkommen von Meningokokken in den Nasenhöhlen. (Occurrence of meningococci in the nasal cavities.)** *Journal of the American Medical Association. 19. Mai 1906.*

Kritisches Referat über die Ergebnisse der Untersuchungen von Goodwin und von Sholly.

Es besteht eine mehr minder directe Verbindung zwischen den Lymphräumen der Nasenschleimhaut und den Gehirnhäuten; auf diesem Wege findet wahrscheinlich die Infection statt. Es ist auch möglich, dass die Mikroorganismen von der Nasenschleimhaut aus in den allgemeinen Blutlauf übergehen und später in den Hirnhäuten localisirt werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass der Meningococcus aus dem circulirenden Blut auf die Nasenschleimhaut deponirt wird und so nach aussen gelangt. Wo sich Gelegenheit bietet, sollte die Nase und auch der Hals auf das Vorhandensein von Meningokokken untersucht werden.

EMIL MAYER.

23) **Dollinger. Nasenplastik nach italienischer Methode.** *Orvosi Hetilap. No. 11.*

Diese Methode wird in solchen Fällen ausgeübt, wo der Defect so gross ist, dass die beiden benachbarten Gesichtstheile zur Deckung nicht ausreichen und andere Körpertheile, namentlich die oberen Extremitäten in Anspruch genommen werden. In letzterer Zeit wurden auf der Klinik D.'s zwei derartige Operationen ausgeführt, die eine bei einem Naevus, welcher beinahe die ganze rechte Gesichtshälfte bedeckte; im anderen Falle wurde dem Kranken ein grosses Stück der knorpeligen Nase abgebissen. Der Vorderarm war zwei Wochen hindurch an die Nase genäht. Der Erfolg sehr gut.

v. NAVRATIL.

24) **Robert Abbe. Plastische Operation an der Nase. (Plastic-operation on the nose.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1906.*

Es handelte sich um eine traumatische Sattelnase. Die Operation bestand darin, das nach einem von der Nase genommenen Gipsabguss ein dünnes auf den Defect passendes Plättchen von rothem Vulcanit, wie es die Zahnärzte für Zahnplatten benutzen, zurechtgeschnitten wurde. Dieses Plättchen wurde dann mittels einer lateralen Incision unter die Haut gebracht. Diese Operation wurde vor 7 Jahren gemacht, das Vulcanit hat sich nicht verändert, die Narbe ist fast unsichtbar. Die Form der Nase ist völlig normal.

LEFFERTS.

25) **Jacques Joseph** (Berlin). **Weiteres über Nasenverkleinerungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Discussion zu einem Vortrage des Autors in der Berliner med. Gesellschaft (10. Mai 1905), in welchem dieser kurze Angaben über das von ihm geübte originelle Verfahren macht.

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Rohmer. Ueber Augencomplicationen nach prothetischen Injectionen von Paraffin in die Nase. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans le nez.)** *Revue méd. de l'Est. 7. September 1905.*

R. hat das Auge einer Patientin untersucht, die im unmittelbaren Anschluss an eine Paraffininjection erblindet war. Es bestand eine Einsenkung der Nase infolge Syphilis. Ihr Arzt hatte ihr im Laufe von zwei oder drei Wochen fünf Paraffininjectionen gemacht. Bei der letzten Injection trat ein heftiger Schmerz im linken Auge auf, sowie Verlust des Sehvermögens. Es handelte sich in diesem Falle um eine Thrombose der Vena angularis an der Stelle ihrer Einmündung in die Vena centralis.

A. CARTAZ.

27) **Uhthoff** (Breslau). **Ueber Schädigungen des Auges nach Paraffininjectionen bei Sattelnase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1905.*

Im ersten Fall trat bei einer 45jährigen Patientin, die an wahrscheinlich luetischer Sattelnase litt, nach der dritten Injection (erste vor 8, zweite vor 5 Monaten) von Paraffin mit Schmelzpunkt 43° C. plötzlich links Erblindung durch Embolie der Arteria centralis retinae ein.

Im zweiten Fall (schon von Kayser [Breslau] vorgestellt, Berliner klinische

Wochenschr., No. 34, 1905) trat bei einem 57jährigen Mann, dem wegen Sattelnase Paraffininjectionen gemacht worden waren (jedenfalls Weichparaffin, Schmelzpunkt unbekannt), an einem heissen Tage bei der Arbeit eine solche Anschwellung beider Augenlider infolge Herüberwanderns von Paraffin — wie eine Probeincision zeigte — auf, dass die Lider vollkommen geschlossen waren. Photographien zeigen die doppelseitigen Paraffintumoren in den oberen und unteren Lidern vor und nach der vorgenommenen Operation: Excision grosser Stücke der Paraffintumoren, um Oeffnung der Lidspalten zu ermöglichen, was auch einigermaassen spontan möglich geworden ist. Auf dem letzten Bilde sieht man aber auch danach die abscheuliche Entstellung, die nach diesem üblen Zufall zurückgeblieben ist. In den mikroskopischen Schnitten der Paraffintumoren findet sich eine völlige entzündliche Durchwucherung des Paraffins mit Bildung von Riesenzellen.

Die Verwendung von Hartparaffin im Sinne Eckstein's scheint Verf. „eine relative Sicherheit in Bezug auf das Vorkommen derartiger übler Zufälle" zu bieten.

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **Kirschner** (Berlin). **Das Schicksal des Paraffins im menschlichen Körper.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. 1905.*

Ein im Buche von Stein (Paraffininjectionen; Theorie und Praxis) als geheilt dargestellter 35jähriger Strassenbahnconducteur — zur Correctur der Sattelnase vorgenommene Einspritzung von Weichparaffin — bekam nach Jahren an der Nasenwurzel und rechtem inneren Augenwinkel eine Geschwulst; Nasenrücken blauroth; unerträgliche Spannung. Von Perl wurde aus der Gegend des rechten inneren Augenwinkels ein knorpelharter Tumor entfernt. Hiervon und von auf ähnlichem Wege gewonnenem Material demonstrirt Vortragender mikroskopische Schnitte, die Riesenzellen mit runden Vacuolen, den Resten des Paraffins, und an Stelle des resorbirten Paraffins derbes Bindegewebe zeigen. Weiches und hartes Paraffin wird in gleicher Weise resorbirt. Vortr. spricht auf Grund dieser Befunde Zweifel aus, ob die Erfolge durch Paraffintherapie von Dauer sein könnten. In der Discussion glaubt Eckstein wenigstens beim Hartparaffin nur mit einer ganz langsamen Durchwachsung der Prothese rechnen zu können, die gar nicht im ganzen Leben eines Patienten beträchtliche Resorption herbeiführen könne. Joseph bemerkt, dass er bei 8 Fällen wegen entstellender Nasenform Nachcorrecturen hat ausführen müssen und möchte Paraffininjectionen nur in schweren Fällen von Sattelnase angewendet wissen.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **Georg Mahu. Die prothetischen Paraffineinspritzungen in der Rhinologie. (Les injections prothétiques de paraffine en rhinologie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. 1906.*

Die Arbeit — ein Vortrag, gehalten beim internationalen Congress in Lissabon — stellt eine detaillirte Studie über die Anwendung der Paraffinprothesen in der Rhinologie vor. Verf. behandelt die Paraffineinspritzungen zur Correction äusserlicher Deformitäten und bei Rhinitis atrophicans. M. bevorzugt für die äusseren Prothesen das warme, für die Ozaena das kalte Paraffin.

BRINDEL.

30) **L. Réthi** (Wien). **Bemerkung zu Herrn Dr. Sondermann's Publication: „Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasenerkrankungen".** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Prioritätsansprüche.

HECHT.

31) **A. Henle** (Breslau.) **Zur Behandlung des acuten Schnupfens.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1905.*

Bier'sche Stauung unter Anwendung des Henle'schen Compressionsschlauches (Druck 25 bis höchstens 30 cm Hg) bewirkte beim Verf. und 4 anderen Schnupfenpatienten schnelles Nachlassen der unangenehmen Sensationen (Kopfdruck, Niesreiz) und der Absonderung und schien dem Verf. geeignet, baldige Abheilung einzuleiten. Er fordert zu weiterer Prüfung des Mittels bei der acuten Rhinitis, bei acuten Erkrankungen der Nebenhöhlen, des Pharynx, vielleicht auch des Larynx auf.

ZARNIKO.

32) **P. Vigier. Behandlung des acuten Schnupfens. (Treatment of acute coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Verf. bedient sich einer aus den frischen Wurzeln der Anemone bereiteten Tinctur, die so hergestellt wird, dass 1 kg jener mit 1 kg 90proc. Alkohols 14 Tage lang macerirt, dann ausgedrückt und filtrirt wird. Dieses Präparat wird in Dosen von 2—4 g pro die gegeben.

Rp. Tinct. radic. anemon. 5,0
Syr. aurant. 95,0
MDS. 2—3 Esslöffel täglich.

LEFFERTS.

33) **Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und kleinen Kinder.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1905.*

Beitrag zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

In Zeiten der epidemischen Genickstarre ist es nach den Untersuchungen Westenhoeffer's (Sitz der Erkrankung Rachenmandel und Umgebung) wichtig, dem Schnupfen der Kinder Beachtung zu schenken.

Verf. empfiehlt deshalb seine Methode der Schnupfenbehandlung der Säuglinge und kleinen Kinder: die Luftnasendouche. Das vorn etwas abgeschrägte Ende eines nicht zu kurzen Gummischlauches wird in den Introitus der Nase eingeführt und zunächst weniger Luft, um festzustellen, welche Seite verstopfter ist, dann etwas mehr Luft durch die engere Seite geblasen. Durch den Schreiact wird das Cavum abgeschlossen, und „die Luft entleert sich in continuirlichem Strome mit dem Secret durch die freie Nasenseite". Dann wird zur Abschwellung der Schleimhaut mit kleinem Wattebausch etwas Lösung von Cocaini 1,0, Paranephrini 2,0, Aq. 40,0 in die Nase des auf dem Rücken liegenden Kindes gebracht. Adenoide Vegetationen soll man bei Säuglingen nicht sofort entfernen nach Feststellung, da oft nach Beseitigung der Rhinitis Abschwellung eintritt. In 19 Jahren sah Verf. unter 26000 Ohren-Nasen-Halskranken 15 Fälle von Choanalatresie, darunter eine doppelseitige und drei einseitige bei Säuglingen; hier konnte natürlich keine Luft durchgeblasen werden.

Verf. wendet sich gegen die Sondermann'sche und Spiess'sche Ansicht, dass durch Ansaugen von Luft Eiter aus den Nebenhöhlen abgesaugt werden könne: es trete vielmehr Hyperämie und damit Zuschwellung der Ostien ein. Ebenso würden bei Behandlung der Rhinitis durch Sondermann's Absaugverfahren durch Erzeugung von Hyperämie viel mehr Secret producirt und Schwellungen herbeigeführt.

ALBANUS (ZARNIKO).

34) **Torday. Ueber die Rhinitiden des Säuglingsalters.** *Gyermedgyógyázat. No. 4.*

Die Nase der Säuglinge ist infolge anatomischer Verhältnisse sehr eng; wenn also dieselbe infolge krankhafter Zustände noch mehr verengt wird, tritt Dyspnoë, Unruhe, Laryngospasmus auf. Bei Rhinitiden tritt eine starke Vermehrung der Bakterien auf, welche Tonsillitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, sogar Sepsis verursachen kann. Man unterscheidet Rhinitiden infolge Leukorrhoea, Blennorrhoe, äusserer traumatischer Reize, Diphtherie. Bei vielen Fällen von Ozaena bestand im Kindesalter eine blennorrhagische Rhinitis.

Die Therapie besteht im Einlegen von Tampons mit Tonogenum suprarenale, Nasendouche, häufiger Reinigung der Nasenhöhle, Einträpfeln oder Einblasen von Adstringentien.

Verf. beschreibt 6 Fälle, in denen sich zu einer heftigen purulenten Rhinitis Bronchopneumonien — theilweise mit Intestinalkatarrh und Peritonitis complicirt — und mit letalem Ausgange gesellten.

v. NAVRATIL.

35) **Grélety-Bosriel. Die Behandlung der Hydrorrhoea nasalis durch heisse Luft. (Du traitement de l'hydrorrhée nasale par l'air chaud.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Beschreibung der Lermoyez'schen Methode. Verf. betrachtet sie als die vorzüglichste Methode zur Behandlung der nasalen Hydrorrhoe, nur muss man sie nicht in allen Fällen unterschiedslos anwenden.

A. CARTAZ.

36) **Louis Kolipinski. Die Behandlung chronischer Nasenkatarrhe mit Schwefel. (The treatment of chronic nasal catarrhs with sulphur.)** *N. Y. Medical News. 12. August 1905.*

Verf. empfiehlt die Anwendung von Sulfur. praecipitatum bei hypertrophischer Rhinitis, bei einfacher chronischer Nasopharyngitis und scrophulöser Rhinitis. Auch zur postoperativen Anwendung in der Nase empfiehlt Verf. den Schwefel.

LEFFERTS.

37) **M. L. Vladár. Dürfen wir jede Rhinitis fibrinosa für Diphtherie halten?** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1905.*

Verf. hält eine jede Rhinitis fibrinosa, auch die bei Operationen entstandene, für Diphtherie, und führt diesbezüglich Fälle an, wo die Umgebung der Patienten von Halsdiphtherie befallen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

38) **L. Wolff** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Beziehung der Rhinitis fibrinosa zur Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. 1905.*

Verf. glaubt, dass die Rhinitis fibrinosa fast stets eine besondere Form der

echten Diphtherie ist. Er empfiehlt deshalb, sie ebenso wie diese zu behandeln (mit Seruminjectionen) und auch die Prophylaxe danach einzurichten.

ZARNIKO.

39) **O. Frese. Untersuchungen über Entstehung und Wesen des Fötors bei Ozaena.** *Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. Heft 1—3. S. 169.*

Der Ozaenagestank ist kein einheitlicher, sondern ein „Bouquet" verschiedener Gerüche. Die chemische Analyse des Ozaenasecrets ergiebt, dass es sich bei den Riechstoffen um Substanzen handelt, die auch sonst bei der Eiweissfäulniss auftreten. Bemerkenswerth ist das reichliche Vorkommen von Fettsäuren, die eine besonders charakteristische Componente des Ozaenagestanks bilden. Muthmaasslich entstehen dieselben z. Th. nicht durch Eiweissfäulniss, sondern durch directe Umwandlung neutralen Fetts. Das Ozaenasecret wird geruchlos abgesondert, zersetzt sich aber sehr schnell infolge seiner abnormen Beschaffenheit und der Gegenwart reichlicher Organismen. Der sog. Ozaenabacillus ist nicht im Stande, die stinkende Zersetzung des Secretes einzuleiten, dieselbe wird vielmehr durch verschiedene, im Ozaenasecret enthaltene Mikrobenarten hervorgerufen, von denen z. Th. nachgewiesen ist, dass sie die Fähigkeit besitzen, stinkenden Eiweisszerfall zu veranlassen. Die übelriechenden Producte tertiärer Nasensyphilis zeigen dieselben Eigenschaften wie die der genuinen Ozaena.

J. KATZENSTEIN.

40) **M. Steiner. Ozaena und Nebenhöhlenerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

S. beschreibt 2 Ozaenafälle aus der v. Navratil'schen Klinik, in deren erstem Erkrankung der Highmorshöhle und der vorderen Siebbeinzellen, im zweiten des Sinus sphenoidalis der Ozaena zu Grunde lag und geheilt wurden. Letzterer Fall führte ihn in weiteren 10 Fällen zur Untersuchung der Beschaffenheit des Secretes bei Ozaena. Er fand, dass in der Mehrzahl der Fälle ein klares, wasserhelles, hier und da etwas weissgraues, dünnes, nicht eitriges Secret producirt wird; das Secret ist sehr plastisch und legt sich sofort eng den Gebilden des Naseninneren an; es wird vollständig geruchlos secernirt und nur in den unteren Parthien der Nase und infolge Stagnation foetid und eiterig. Da in einer grossen Zahl seiner Fälle hereditäre oder acquirirte Lues vorlag, hält S. die Ozaena in denjenigen Fällen, wo sie erwiesenermaassen eine Nebenhöhlenerkrankung bildet, für eine durch die constitutionelle Erkrankung modificirte und von den Empyemen im engeren Sinne des Wortes abzugrenzende Form der Sinusitis, gleich den verschiedenen Arten der Pleuritis, Arthritis etc. Zuletzt erwähnt noch S. die Uebergangsformen zwischen Empyem und Ozaena.

v. NAVRATIL.

41) **Lubet. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozena.)** *N. Y. Medical News. 25. November 1905.*

Die Hauptaufgabe der Therapie soll in Beseitigung der Borken bestehen, denn, sagt Verf., wo keine Borken sind, ist kein Foetor. Er hält es für erstrebenswerth, die Secretion der Schleimhaut so anzuregen, dass die Borken sich von selbst ablösen. Er empfiehlt zu diesem Zwecke, eine starke borsäure- und mentholhaltige Salbe mehrmals in die Nase hochzuziehen.

LEFFERTS.

42) Simonescu. **Aerovapothermotherapia; Behandlung der wirklichen essentiellen Ozaena. (Aerovapothermothérapie; traitement de l'ozène essentiel vrai.)** *Arch. gén. de méd. 16. Januar 1906.*

Verf. bedient sich bei der Behandlung der Ozaena der warmen Dämpfe antiseptischer Flüssigkeiten mit nachfolgender Anwendung heisser Luft nach dem Verfahren von Gautier, Lermoyez. In 2 Fällen, deren genaue Geschichte er giebt, hat er gute Resultate erzielt.

A. CARTAZ.

43) Etiévant. **Behandlung der Ozaena mit submucösen Paraffineinspritzungen. (Traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine.)** *Journal des médecins practiciens de Lyon. 31. März 1906.*

Die vom Verf. geübte Methode besteht darin, dass er sich zunächst bemüht, die hinteren Enden der unteren Muscheln herzustellen; in weiteren Sitzungen nimmt er die mittlere und vordere Partie der Muschel in Angriff. Bei 18 Patienten im Alter von 12—30 Jahren hat er 12 Heilungen erzielt, die als complet zu betrachten sind und über 1 Monat andauern, ferner 3 wesentliche Besserungen, 2 geringe Besserungen, 1 Misserfolg. In letzterem Falle hat Patientin nur 2 Einspritzungen erhalten. Unter Besserung versteht Verf. das völlige Verschwinden der Borken, unter Heilung das Verschwinden des Foetor und Wiederherstellung der normalen Nasensecretion.

A. CARTAZ.

44) A. J. Yzerman (Amsterdam). **Ozaena, speciell deren Behandlung mit Einspritzung von Paraffin. (Ozaena, in het byzonder haar behandeling mit inspuiting van paraffine.)** *Dissert. Amsterdam 1906.*

Monographische Bearbeitung des Gegenstandes. Es werden die verschiedenen Merkmale des Leidens, die anatomischen und bacteriologischen Befunde sowie die verschiedenen Ozaena-Theorien übersichtlich und kritisch dargestellt. Die Paraffinbehandlung hat Verf. in den Burger'schen und Broeckaert'schen Polikliniken studirt. Er bespricht die technischen Schwierigkeiten, welche schuld daran sind, dass bei weit vorgeschrittenen Fällen die Methode keine Anwendung finden kann. Uebrigens ist seine Erfahrung der Methode sehr günstig gewesen, weil ja Borkenbildung, Foetor und Secretstagnation in den meisten Fällen zum Schwinden gebracht wurden.

H. BURGER.

45) Broeckaert. **Neue chirurgische Behandlung hartnäckiger Ozaenafälle. (Nouveau traitement chirurgical des cas rebelles d'ozène.)** *La Belgique Méd. No. 33. 1905. La Presse oto-largngol. Belge. No. 7. 1905.*

Von allen gegen die Ozaena angepriesenen Behandlungsmethoden hat die mit kalten Paraffininjectionen bei Weitem die besten Resultate ergeben. Dank der Wiederherstellung atrophischer Muscheln ist es B. gelungen, ca. 100 Ozaenakranke zu bessern oder zu heilen, so dass sie es nicht mehr nöthig hatten, Naseninjectionen vorzunehmen; zu gleicher Zeit verlor die Secretion ihre Tendenz zum Eintrocknen. Neben diesen glücklichen Fällen giebt es solche, welche keinen Vortheil von den Paraffininjectionen haben; der Misserfolg hängt da entweder von der Unmöglichkeit ab, den Nasengang enger zu machen, oder von dem gleichzeitigen Vorhandensein von Sinusiten oder von der Ausdehnung des atrophischen Processes auf die ganze

Sinuso-Nasalschleimhaut. B. hat auf chirurgischem Wege die Heilung von Ozaenafällen versucht, welche den anderen Behandlungsweisen widerstanden. Wenn er neben der atrophischen Rhinitis Eiterung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen constatirt, so combinirt er die Paraffininjectionsmethode mit der chirurgischen Behandlung der Sinusiten. Bald muss man zur Ethmoidectomie, welche immer mit der Eröffnung des Sin. sphenoid. verbunden wird, schreiten, bald muss man die Radicalkur der Kiefer- und Stirnhöhlensinusiten vornehmen. Im Falle ausgesprochener und sehr ausgebreiteter Atrophie zögert B. nicht, die vollständige Ausräumung aller Nasennebenhöhlen nach dem von ihm angegebenen Verfahren vorzunehmen; wenn die Zukunft ihm Recht giebt, glaubt er die Radicalkur rebellischer Ozaenafälle entdeckt zu haben.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **E. Gulikers. Zwei Fälle von Unterkieferfracturen. (Deux cas de fractures du maxillaire inférieur.)** *Annal. de la Méd. Chir. de Liège. No. 10. 1905.*

Die 1. Beobachtung betrifft eine einfache Fractur des Unterkiefers; Reduction und Anlegen eines Apparates aus Aluminium.

Bei der 2. Beobachtung handelt es sich um eine complicirte Unterkieferfractur mit bedeutender Lageveränderung der Fragmente; Reduction der Fragmente und Befestigung derselben durch Application von Ligaturen nach H. Angle.

BAYER.

47) **Howard A. Lothrop. Fractur des Oberkiefers infolge directen Schlags auf den Backenknochen. Methode zur Behandlung solcher Fracturen. (Fractures of the superior maxillary bone caused by direct blows over the malar bone. A method for the treatment of such fractures.)** *Boston Medical and Surgical Journal. Juni 1906.*

Die Arbeit handelt im Allgemeinen von den Fracturen, die den Backenknochen und den Jochbogen betreffen. Die Methode des Verf. besteht darin, dass er von einer kleinen Oeffnung in der Fossa canina aus durch einen von der Innenfläche des Antrum nach aussen gerichteten Druck die Fragmente des Knochens aufrichtet. Verf. zählt die Vortheile dieses Verfahrens auf, das sich nach seiner Angabe auch in vernachlässigten Fällen noch nach Wochen erfolgreich anwenden lässt.

EMIL MAYER.

48) **Depage. Zahncyste des Unterkiefers. (Kyste dentaire de la machoire inférieure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 23. 1905.*

In der Sitzung vom 13. Mai 1905 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler zeigt D. eine eigrosse Zahncyste vor, welche er am Morgen bei einem 18jährigen Mädchen entfernt hatte. Der Tumor hatte sich allmälig im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren entwickelt. Die Diagnose wurde auf das Gefühl von Pergamentknistern hin gestellt. Der ganze aufsteigende Ast des Unterkiefers musste resecirt werden, um die Geschwulst vollständig entfernen zu können.

BAYER.

49) E. Fynaut. **Schwere eitrige Ostitis und Nekrose des Unterkiefers. (Ostéite suppurée grave et nécrose du maxillaire inférieur.)** *La Clinique. No. 35. 1905.*

Fall von entzündlich-eitriger Osteitis, hervorgerufen durch die Evolution oder Caries der zwei unteren Weisheitszähne. Der Autor schliesst aus dem Studium des Falles, dass man bei Interventionen vom Munde aus an in der Evolution begriffenen Parthien des Kiefers sehr vorsichtig sein müsse. PARMENTIER (BAYER).

50) Keiserow. **Zur Frage der Operation Le Dentu's bei narbiger Ankylose des Unterkiefers. (K woprosu ob operatii Le Dentu po powodu rulezowawe twedenija mishnich tscheljinsku.)** *Chirurgia. p. 423. 1905.*

K. beschreibt eine Narbenankylose nach Verwundung im japanischen Kriege, wo die Methode von Le Dentu ein gutes Resultat gab. P. HELLAT.

51) E. Fynaut. **Fall von Fractur des Unterkiefers. (Un cas de fracture du maxillaire inférieure.)** *La Clinique. No. 32. 1905.*

Beschreibung eines prothetischen Apparates, welcher den Verwundeten nicht genirte und gestattete zu essen, trinken und sprechen. PARMENTIER (BAYER).

52) E. J. Moure. **Complicirte Hasenscharte. (Bec-de-lièvre compliqué.)** *Soc. méd. et chir. de Bordeaux im Journal de méd. de Bordeaux. No. 19. 13. Mai 1906.*

Es handelte sich um einen 20jährigen Glasbläser, der eine Spaltung des harten Gaumens und des Gaumensegels hatte. Es war ein Versuch zur Schliessung in der Kindheit gemacht worden. Trotzdem es infolgedessen sehr schwierig war, die Schleimhaut abzulösen, gelang die Operation auf das beste. BRINDEL.

53) E. J. Moure. **Totale Spaltung des Gaumensegels und des harten Gaumens. Urano-Staphylorraphie. (Division totale du voile du palais et de la voûte. Urano-staphylorraphie.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 26. 1906.*

Bericht über einen Fall, in dem die Vereinigung per primam intentionem gelang trotz heftigen Erbrechens und trotzdem in den ersten Tagen nach der Operation die Masern auftraten. BRINDEL.

54) E. Schadelle. **Correction syphilitischer Narbenverwachsungen zwischen weichem Gaumen und hinterer Pharynxwand. (Correct treatment of syphilitic cicatricial adhesions between soft palate and posterior wall of the pharynx.)** *St. Paul Medical Journal. März 1906.*

Die prophylaktische Behandlung besteht darin, dass der Patient nach Ablauf der acuten Symptome von Entzündung und Gewebsnekrose ständig einen aus Vulcanit gefertigten Apparat zu tragen hat, mittels dessen die gegenüberliegenden Flächen des Gaumensegels und der hinteren Pharynxwand von einander gehalten werden sollen. In alten chronischen Fällen, in denen partielle oder totale Verwachsungen bestehen und keine geschwürigen oder entzündlichen Processe mehr vorhanden sind, soll der Apparat unmittelbar nach völliger Ablösung des weichen

Gaumens getragen werden. Der Apparat besteht aus einem Obturator und einer Gaumenplatte, die dazu bestimmt ist, den Obturator an seinem Platz zu halten.

EMIL MAYER.

55) **Bairaschewski. Fall von vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der Hinterwand des Rachens bei gleichzeitiger Atrophie beider Mandeln. (Slutschai polnawo sroschtschenia enjachkawo neba s sadnei stenkoi glotki pri odnowremennoi atrefi obeich mindaliwidnich sheles.)** *Russk. Wratsch. No. 31. 1905.*

Herkunft dunkel, sonst alles in der Ueberschrift enthalten. P. HELLAT.

56) **Herzfeld** (New-York). **Seltene Localisation eines luetischen Primäraffectes.** *Dermatol. Centralblatt. Bd. IX. Heft 5. 1906.*

Bei einem 23 jährigen Manne mit syphilitischer Roseola fand sich am harten Gaumen ungefähr $1^1/_2$ cm hinter der oberen Zahnreihe ein harter Schanker.

SEIFERT.

57) **Montot. Secundäre Syphilis und Ulceration des Gaumengewölbes und der Mandeln mit Befund von fusiformen Bacillen und Spirillen. (Syphilis secondaire et ulcérations de la voute palatine et des amygdales avec association fuso-spirillaire.)** *Lyon méd. No. 29. 24. Juni 1906.*

Es handelte sich um einen Fall, den Verf. als eine Combination von Angina ulcero-membranacea mit Plaques muqueuses auffasst und in dem der klinische Verlauf der syphilitischen Erscheinungen durch diese Combination sehr modificirt gewesen sein soll. BRINDEL.

58) **Gutzmann** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von angeborener Insufficientia veli palatini mit Hart-Paraffin-Prothese.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Der anscheinend normale Gaumen eines 14 jährigen Knaben lässt bei Palpation einen embryonalen Knochenspalt fühlen; der Gaumen ist aber in Folge der Missbildung zu kurz, so dass beim Sprechen kein Schluss mit der hinteren Rachenwand eintritt, welcher aber nach Einspritzung von Hartparaffin in die hintere Rachenwand — um diese dem Gaumensegel näher zu bringen — ganz gut erzeugt werden kann. Allerdings ist die Sprache des vorgestellten Knaben noch etwas mangelhaft geblieben, weil der Knabe in Folge seines Sprachfehlers psychisch deprimirt war, doch hofft Vortr. durch Uebung einen vollen Erfolg zu erzielen.

ALBANUS (ZARNIKO).

59) **Luigi Leto. Mischgeschwulst des Gaumens. (Tumore misto del palato.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1906.*

Die 12 jährige Patientin hatte im Alter von 2 Jahren einen Fall erlitten, nach dem sie lange Zeit bewusstlos war und fieberte. Sie blieb danach völlig taub und stumm. Eines Tages begann sie an Blutungen aus dem Munde zu leiden. Man fand in der Mittellinie des Gaumens einen Tumor, der von einem Heilgehülfen entfernt wurde, aber nach 2 Monaten recidivirte. Verf. fand an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen einen kleinen gestielten Tumor, der mit der Schlinge abgetragen wurde. Der Tumor bestand aus drei Lappen und

die Untersuchung ergab, dass in dem einen Lappen ein sarkomatöser Charakter, in dem anderen der Charakter einer mehr oder weniger fibrösen Bindegewebsgeschwulst überwog. Für die Benignität der Geschwulst spricht, dass sechs Monate nach der Abtragung sich kein Recidiv gezeigt hat. Verf. definirt die Geschwulst als ein Fibroma teleangiectaticum mit beginnender sarkomatöser endothelialer Metaplasie und gibt eine epikritische Betrachtung über die Pathogenese dieser Geschwulst. Die Arbeit ist illustrirt.

FINDER.

60) **Braillon. Zungentuberculose. (Tuberculose linguale.)** *Gazette méd. de Picardée. November 1905.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

61) **H. Juholske. Complete mediane Cervicalfistel; Durchgängigkeit des Ductus thyreoglossus vom Foramen coecum der Zunge bis hinter das Zungenbein. (Complete median cervical fistula, thyroglossus duct pervious from foramen coecum of the tongue to one inch below the thyroid bone.)** *Interstate Medical Journal. April 1906.*

Detaillirte Mittheilung der Fälle. Im ersten blieb die Oeffnung geschlossen, im zweiten besteht noch eine Fistel.

EMIL MAYER.

62) **M. Laub** (Wien). **Ueber eine eigenthümliche Veränderung der Zunge bei Insufficienz des Herzens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Beobachtung eines Falles von Herzinsufficienz, bei welchem regelmässig mit dem Auftreten der acuten Insufficienz Veränderungen in der Zunge einhergingen, und diese wieder ihr normales Aussehen hatte, sobald die Insufficienz behoben war. Die Zunge wurde jedesmal geschwollen, rissig, von zahlreichen Furchen durchzogen und zeigte am Zungenrücken und Rande linsen- bis bohnengrosse Flecke, von einem graugelben Wall umgeben. Dabei bestanden keine Schmerzen.

CHIARI.

63) **Weill** und **Gilly. Epidemisches Auftreten von Desquamation der Zunge in Verbindung mit Schrundenbildung an der Lippe. (Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche.)** *Soc. de Pédiatrie in Bulletin médical. No. 39. Mai 1906.*

Verff. berichten 23 Fälle, die sie bei jungen Mädchen im Krankenhaus beobachteten.

BRINDEL.

64) **Perrin** und **Blum. Ein Fall von „schwarzer Zunge". (Un cas de „langue noire".)** *Révue médicale de l'Est. No. 11. 1906.*

Es handelte sich um einen jährlich recidivirenden Fall, bei dem nach 3 Monaten nach Gurgelungen mit alkalischen Lösungen Heilung eintrat. Verff. haben in diesem Fall parasitäre Gebilde gefunden, die grosse Aehnlichkeit mit den Endomyces der Maiblume hatten.

BRINDEL.

65) **G. Martuscelli. Angeborenes Fibrom der Zunge. (Fibroma congenito della lingua.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio etc. No. VII. 1906.*

An der Zungenspitze eines 6jährigen Knaben fand sich eine linsengrosse

rothe, indolente Geschwulst. Die histologische Untersuchung des mittels Schlinge abgetragenen Tumors ergab, dass es sich um ein hartes Fibrom handelte.

FINDER.

66) **Jacques. Zungenkropf. (Goitres linguaux.)** *Révue méd. de l'Est. April 1906.*

Bericht über zwei Fälle. Der erste betraf ein 16jähriges Mädchen, das über behinderte Athmung beim Schlafen klagte. Die körperliche und geistige Entwickelung der Patientin war zurückgeblieben. Beim Herunterdrücken der Zunge constatirte man einen in der Mitte gelegenen runden Tumor, der den Zungenrücken von den Papillae circumvallatae bis zur Epiglottis einnahm. Eine Schilddrüse war am Hals nicht fühlbar. Abtragung des Tumors vom Munde aus mit der heissen Schlinge ohne Tracheotomie. Heilung in 3 Wochen. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf Kropf.

Bei einer anderen 22jährigen Patientin beobachtete Verf. einen gleichen Tumor, ebenfalls bei gleichzeitigem Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle. Um Erscheinungen von Myxödem zu vermeiden, wurde ein Stück des Tumors stehen gelassen. Schnelle Heilung.

A. CARTAZ.

67) **Thomas. Ein Fall von acuter Hemiglossitis parenchymatosa. (Un cas d'hémiglossite parenchymateuse aigue.)** *Marseille méd. No. 16. 1906.*

Bei dem 34jährigen Patienten stellte sich ohne nachweisbare Ursache innerhalb weniger Stunden des Nachts an der Zunge eine enorme Anschwellung ein, die sich auf das vordere Drittel der linken Hälfte beschränkte. Die rechte Hälfte war völlig normal. Es bestand ziemlich ausgesprochene Behinderung beim Athmen. Die Anschwellung war hart, ohne Ulcerationsbildung. Eine Incision bringt nur Blut zu Tage, führt aber zu einem Rückgang der Schwellung. Heilung in einigen Tagen.

Verf. nimmt als Ursache den schlechten Zustand der Zähne an.

A. CARTAZ.

68) **Notiz des Herausgebers. Atrophie der Zungengrunddrüsen als ein Zeichen von Syphilis. (Atrophy of the glands at the base of the tongue as a sign of syphilis.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juni 1906.*

Um die Bedeutung der glatten Zungenatrophie festzustellen, hat N. B. Potter über 300 Fälle verschiedenster Art untersucht; er fand die glatte Atrophie des Zungengrundes in ungefähr der Hälfte aller Fälle, bei denen der Verdacht auf vorausgegangene Syphilis genügend begründet war, in den Fällen, in denen dieser Verdacht nicht vorlag, war die Atrophie nur bei 10 pCt. vorhanden. Die Untersuchung geschah durch Palpation, da die Inspection sich als unzuverlässig erwies. Der Patient wird aufgefordert, die Zunge soweit als möglich herauszustrecken, und er vom Untersucher mit einem Tuche gehalten, während diese den Zeigefinger seiner rechten Hand vorsichtig längs des Zungenrückens bis zu den Papillae circumvallatae führt und die Gegend hinter dieser sorgfältig abtastet. Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass, wenn durch diese Untersuchung die Zungenbasis sich als normal erweist, Syphilis wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann, während

Atrophie dieser Gegend bei einem Individuum unter 50 Jahren als Zeichen für Syphilis gilt. Geringer Grad von Atrophie hat nur geringe diagnostische Bedeutung.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

69) **B. F. Hamilton. Diphtherieantitoxin bei Chorea. (Diphtheria antitoxine in chorea.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1906.*

Verf. regt auf Grund eines von ihm so behandelten Falles an, weitere Versuche zu machen.

LEFFERTS.

70) **William H. Park. Die therapeutischen Vorzüge eines verbesserten und concentrirten Diphtherie-Antitoxins. (The therapeutic advantages of a refined and concentrated diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record.*

Die vergleichenden Resultate bei über 1000 Diphtheriefällen zeigen, dass bei diesem Antitoxin Erytheme und andere Nebenerscheinungen seltener und weniger heftiger auftreten, als bei anderen Antitoxinen. Es handelt sich, wie Verf. sagt, um den ersten Schritt, den das New-Yorker Gesundheits-Departement zur Herstellung eines reinen Antitoxins gethan hat.

LEFFERTS.

71) **Bonget. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1906.*

Verf. ist kein Anhänger der Serumtherapie. Er will das Antitoxin nur für die schwersten Fälle reservirt wissen und wendet eine Localbehandlung an, die darin besteht, dass er den Rachen mit folgender Lösung pinselt:

Rp. Ferr. chlorat.
Alumin. pulverisat. } aa 20,0
Acid. boric
Glycerin 20,0.

MDS. Aeusserlich.

Aeltere Kinder sollen ausserdem mit folgender Lösung gurgeln:

Rp. Tinct. Kramer.
Tinct. Guajac. aa 50,0.

MDS. Ein Theelöffel in 1 Glas warmen Wassers zum Gurgeln.

Vom Jahre 1899 bis 1905 hat Verf. 547 Fälle von Diphtherie beobachtet, davon wurden 367 ohne Injection behandelt (2 Todesfälle) und 180 mit Injectionen (14 Todesfälle).

LEFFERTS.

72) **E. Maragliano. Postdiphtherische Nephritis und Serumtherapie. (Nephriti postdifteriche e sieroterapia.)** *Gazz. degli osped. No. 13. 1905.*

Anknüpfend an einen Aufsatz von Meyer (Münch. med. Wochenschr. No. 46, 1904) will M. den Nachweis führen, dass die Serumtherapie niemals Anlass zur Entstehung von Nephritis giebt; die hier und da beobachteten Fälle von Albuminurie sind als Albuminurie infolge Einführung von heterogenem Albumin (Pferdeserum) aufzufassen, das der Organismus ausscheiden musste. Diese Albuminurie bedeutet aber keine Nephritis; niemals werden Erscheinungen von Reizung

der Niere beobachtet. Die Zunahme der postdiphtherischen Nephritiden seit Einführung der Serumtherapie ist auf die Thatsache zurückzuführen, dass viele Kinder mit schwerer Diphtherie, die früher zu Grunde gegangen wären, heute geheilt werden; bei diesen ist die Serotherapie nicht wirksam genug, um die krankhaften Erscheinungen an allen Organen zu beseitigen. FINDER.

73) **Hamburger. Diphtherische Lähmung eines Muscul. hyo-glossus. (Paralysie diphtérique d'un muscle hyo-glosse.)** *Gesellschaft f. innere Medicin und Pädiatrie. Wien, 16. November 1905.*

Es besteht bei dem kleinen Patienten eine Lähmung des linken Musc. hyoglossus gleichzeitig mit einer Gaumensegellähmung und einer Parese der unteren Extremitäten. Infolge der Lähmung kann das Kind die Zunge nicht gegen den Mundboden drücken. Der Fall war mit Antidiphtherieserum behandelt worden.

FINDER.

74) **Gettich. Einige Bemerkungen über Behandlung des Larynxcroup mittelst Celluloidtuben. (Uwagi o tubmach celluloido wych i stosowamie ich w leczonin dlawca.)** *Przeglad Lekarski. No. 16. 1906.*

Verf. räumt den Celluloidtuben den ersten Platz ein, welche sehr leicht sind und sehr glatte Oberfläche besitzen. Dieselben sind besonders zu empfehlen in Fällen, wo der Tubus eine längere Zeit applicirt werden soll und besonders bei schwachen Kindern. Als Nachtheil dieser Tuben gilt der Umstand, dass man sie nicht genau sterilisiren und nur mittels Carbollösung reinigen kann.

v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **E. Zuckerkandl. Ueber den Kehlsack von Macacus inmestrinus.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthrop. Bd. 9. H. 1. S. 145.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

76) **E. Barth. Ueber den Mechanismus der Kehldeckelbewegungen beim Menschen.** *Arch. (f. An. u.) Physiol. Suppl.-Bd. 1. 1. Hälfte. S. 84. 1905.*

Der Kehldeckel schützt nicht nach Art eines Ventils, einer Klappe, eines Prellsteins den Kehlkopfeingang vor dem Eindringen von Fremdkörpern; seine Betheiligung beim Kehlkopfverschluss ist complicirter. Der Epiglottisknorpel ist ein echtes Skelettgebilde, das bei den Säugethieren eine für die Athmung wichtige Rolle spielt. In der Thierreihe ragt der Kehlkopf in den Nasopharynx herein, erst bei den höher stehenden Affen und bei den Menschen communicirt er mit der Mundhöhle, bei ersteren hat der Kehldeckel die Aufgabe, den Kehlkopf während des Schlingactes offen zu halten, bei letzteren wirkt er mit zum Verschluss des Kehlkopfes während des Schlingaktes. An dem Kehldeckel muss man einen laryngealen und pharyngealen Abschnitt unterscheiden. Die Bewegungen und die Form des laryngealen Abschnittes sind abhängig von den Bewegungen des Zungenbeins und des Schildknorpels bezw. von der Stellung dieser beiden Organe zu einander, indem der laryngeale Kehldeckelabschnitt durch das Lig. hyoepiglotticum

mit dem Zungenbein, durch das Lig. thyreo-epiglotticum mit dem Schildknorpel verbunden ist. Die Bewegungen des pharyngealen Kehldeckelabschnittes sind von zwei Factoren abhängig, einmal von der Verschiebung des Zungenbeins, Schildknorpels und Zungengrundes, ferner von der Wirkung der an ihn vom Kehlkopf (Mm. thyreoepiglottici und aryepiglottici) bezw. von der Zunge (Mm. genioglossi und M. longit. inf.?) her herantretenden Muskeln. Beim Schlingact erfolgen die Bewegungen des Kehldeckels passiv: das Zungenbein wird durch Muskelwirkung emporgezogen, der Schildknorpel an dieses herangezogen, so dass beide eine feste Masse bilden. Das subhyoide Fettpolster wird dadurch stark gedrückt und drückt den laryngealen Kehldeckelabschnitt nach hinten gegen den Kehlkopfeingang. Dieser Bewegung nach hinten folgt auch der pharyngeale Abschnitt. Die Aryknorpel rücken aneinander und neigen sich etwas nach dem Innern des Larynx zu. Die Stimmlippen schliessen sich fest, ebenso die Taschenlippen, zwischen diesen und den Aryknorpeln bleibt eine Grube, welche genau vom Epiglottiswulst ausgefüllt wird, während der pharyngeale Kehldeckelabschnitt ausserhalb des Kehlkopfes, an den Zungengrund gelehnt, verbleibt. — Experimentell durch electrische Reizung lässt sich die Function der Kehlkopf-Kehldeckelmuskulatur (Mm. aryepiglottici und thyreoepiglottici) nicht feststellen. Wahrscheinlich ist es nach den Erfahrungen aus der Pathologie (Lähmung der Mm. laryng. supp. et inff.), dass die genannte Muskulatur besonders erigirend auf den Kehldeckel, spannend auf die Plica aryepiglottica wirkt, während die retraktorische Wirkung zweifelhaft ist. Von der Zunge aus treten Fasern des M. genioglossus, vielleicht auch des M. longitudinalis inf. an die vordere Fläche des Kehldeckels heran, welche, wie man sich durch electrische Reizung des M. genioglossus an der Unterfläche der Zunge dicht hinter dem Frenulum linguae überzeugen kann, einen Zug nach vorn auf den Kehldeckel ausüben. Die Wirkung dieser Muskelfasern scheint aber lediglich sich auf einen Zug des Kehldeckels nach vorn zu beschränken, während die erigirende Wirkung auf den Kehldeckel ausser von der Verschiebung zwischen Zungenbein und Schildknorpel ausschliesslich von der Kehlkopf-Kehldeckelmuskulatur auszugehen scheint.

J. KATZENSTEIN.

77) **Hopmann** (Köln). **Fortschritte in der Behandlung der Kehlkopfkrankheiten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Kurzer Ueberblick über die Errungenschaften der Laryngologie seit Erfindung des Kehlkopfspiegels.

ZARNIKO.

78) **Rudolf Landesberg** (Wien). **Ein Knorpelstück im Sinus piriformis.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Krankengeschichte eines Falles, bei dem ein 2 cm langes und 3 mm breites ausgefranztes Knorpelstück, das längere Zeit im Sinus piriformis eingekeilt lag, anfangs einen malignen Tumor vortäuschte. Nach Extraction zeigte sich ein ausgedehnter „nekrotisirender Entzündungsprocess, der durch Arrosion einer Arterie, Art. laryngea superior dextra, eine schwere Haemorrhagie im Gefolge hatte, die jedoch stand“. Der Fall kam — bei Unbeweglichbleiben der rechten Kehlkopfhälfte — trotzdem zur Ausheilung.

HECHT.

79) **J. Fein** (Wien). **Zur Casuistik verschluckter Fremdkörper.** *Wiener med. Presse. No. 44. 1905.*

In der Höhe des Aryknorpels hatte sich ein Fremdkörper (Knochenstück) in die Rachenschleimhaut eingespiesst — möglicherweise in Folge vorheriger Bougirung — und war daselbst wegen starker Schleimhautschwellung durch einige Tage nicht zu sehen. Erst am 4. Tage gelang die Extraction.

Aus der Beobachtung dieses Falles ergibt sich wiederum die Nothwendigkeit einer genauen Exploration des Pharynx, bevor man zur Schlundsonde greift.

CHIARI.

80) **Salvatore Saitta. Casuistik der Blutegel im Kehlkopf. (Casistica di sanguisnga in laringe.)** *Rassegna internazionale della medicina moderna. Anno VI. p. 1.*

Auf Grund von 18 zusammengestellten Fällen gibt Verf. eine klinische Schilderung dieser eigenartigen Fremdkörper im Larynx. Es ist nicht immer nöthig, die Tracheotomie zu machen; der Blutegel kann Tage lang in den Luftwegen verweilen, ohne erhebliche Störungen zu verursachen. FINDER.

81) **F. Olivieri. Ein Blutegel im Kehlkopf. (Una sanguisuga in laringe.)** *Soc. Lancis. d. osp. di Roma. Juni 1905.*

Bemerkenswerth ist, dass der Blutegel in diesem Fall 26 Tage lang im Kehlkopf verweilte. Er war beim Trinken von Grabenwasser hineingeraten und wurde noch lebend mit einer Fauvel'schen Zange extrahirt. Im Gegensatz zu den meisten sonst berichteten Fällen, in denen es sich um Hirudo vorax handelte, war der Blutegel hier der bei weitem grössere Hirudo officinalis. FINDER.

82) **Maker Downie** (Glasgow). **Zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf nebst Beschreibung einer Methode zu ihrer Entfernung. (Two cases in each of which a foreign body was lodged in the larynx with a description of a method devised for their removal.)** *Glasgow Med. Journal. October 1905.*

In beiden Fällen wurde tracheotomirt, dann ein Gazestreifen durch die Tracheotomiewunde nach oben durch den Kehlkopf gezogen und zum Munde hinausgeführt. In beiden Fällen wurden die Fremdkörper — ein Knochenstück und ein Getreidekorn — auf diese Weise hinausbefördert. A. LOGAN TURNER.

83) **H. Mandl** (Verbó). **Tracheotomie wegen Fremdkörpers im Larynx.** *Wien. med. Presse. No. 12. 1906.*

Vornahme der hohen Tracheotomie bei einem im letzten Stadium der Asphyxie befindlichen Kinde, das ein Stück einer Nussschale aspirirt hatte. Der Fremdkörper wurde zwar nicht eruirt, doch trat auch ohne Einlegen einer Canüle Heilung ein. CHIARI.

84) **Garel. Fremdkörper im Kehlkopf seit 5 Monaten bei einem $2^1/_2$ jährigen Mädchen. Directe Extraction nach der Killian'schen Methode. (Corps étranger dans le larynx depuis cinq mois chez une fillette de 2 ans $^1/_2$. Extraction directe par la méthode de Killian.)** *Lyon médical. No. 9. 1904.*

Das Kind hatte von Zeit zu Zeit Erstickungsanfälle. G. liess in der An-

nahme, dass es sich um einen Fremdkörper handeln könne, eine Radioskopie machen, deren Ergebniss positiv war. Extraction nach Killian; schnelle Heilung.

BRINDEL.

85) **Kausch** (Breslau). **Fremdkörper in der Luftröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1905.*

Bericht über 2 Fälle, wo „nach vorheriger Tracheotomie und Nachweis des Fremdkörpers mit dem Bronchoskop" die Entfernung je einer Bohne glückte.

ALBANUS (ZARNIKO).

86) **H. v. Schrötter** (Wien). **Fremdkörperfall der Luftröhre.** *Wiener med. Presse. No. 1. 1906.*

Mit dem Kehlkopfspiegel constatirte man bei einem 6jährigen Kinde einen Fremdkörper (Knochenfragment) etwa 2 cm unterhalb der Glottis. Ein Versuch, den Fremdkörper auf endolaryngealem Wege unter Leitung des Kehlkopfspiegels zu entfernen, misslang. Dagegen wurde der Knochen nach Einführung eines geraden Rohres von 9 mm Lichtung bis an die Stimmbänder mit der Pincette gefasst und, da die Stimmbänder krampfhaft adducirt werden, durch die enge Glottis nach Ueberwindung grösseren Widerstandes entfernt. Auch mit 20 proc. Cocain konnten die laryngospastischen Erscheinungen nicht beseitigt werden. Wenn der Fremdkörper im oberen Abschnitt der Trachea sich befindet, soll die directe Tracheoskopie stets unter Controle des Auges vorgenommen werden. Der Fremdkörper verweilte 35 Tage in der Luftröhre und konnte radioskopisch nicht nachgewiesen werden.

CHIARI.

87) **Charles A. Elsberg. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt. (Foreign body removed from the right bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um ein 4 Jahre altes Mädchen, bei dem Emil Mayer vier Tage nachdem eine Nadel aspirirt worden war, den Versuch der Bronchoskopie machte. Der Fremdkörper konnte auf diesem Wege nicht gefunden und die bronchoskopischen Versuche wegen des schlechten Allgemeinzustandes der kleinen Patientin nicht fortgesetzt werden. Verf. machte dann die Tracheotomia inferior und führte eine kleine endoskopische Röhre in den rechten Bronchus ein. Man sah nun die Nadel, die in der Bronchialwand steckte. Alle Versuche, die Spitze der Nadel freizumachen, misslangen, bis schliesslich folgendes Verfahren zum Ziele führte: Die Nadel wurde mit einer schlanken Zange so weit als möglich vom Kopf entfernt ergriffen und dann die Endoskopröhre nach unten gestossen, während die Nadel mit der Zange festgehalten wurde. Auf diese Weise wurde die Nadelspitze aus der Bronchialwand losgemacht, die Nadel selbst allmälig gebogen, bis die Spitze in den linken Bronchus schlüpfte. Indem das Verfahren wiederholt wurde, bog man dann die Nadel um sich selbst, so dass Kopf und Spitze abwärts sahen; dann konnte sie an dem Winkel ergriffen und leicht extrahirt werden. Sodann wurde eine Tracheotomietube eingeführt.

EMIL MAYER.

88) **Emil Mayer. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt. (Foreign body removed from the right bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um einen 5 Jahre alten Knaben, der vor einem Tage einen Fremdkörper aspirirt hatte, und dessen Allgemeinzustand sehr schlecht war. Nach einem Versuch wurde die directe Bronchoskopie aufgegeben; der behandelnde Chirurg machte die Tracheotomia inferior und dann entfernte Verf. mittels der Bronchoskopie eine macerirte Bohne, die im rechten Bronchus neben der Bifurcation lag. Obwohl der Fremdkörper völlig entfernt war und man constatiren konnte, dass die Luft wieder in die vorher verletzte Lunge eindrang, starb das Kind 14 Stunden später an Pneumonie.

Im Anschluss an diesen Fall weist Verf. darauf hin, dass es unbedingt nöthig ist, möglichst umgehend zur Entfernung des Fremdkörpers zu schreiten, und dass man keine Zeit ungenützt verstreichen lassen soll. Die Bronchoskopie ist bei Kindern leichter ausführbar nach Vornahme der Tracheotomia inferior.

AUTOREFERAT.

89) **W. C. Morton** (London). **Einige neue Instrumente zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien mittels directer Bronchoskopie. (Some new instruments for removing foreign bodies from the bronchi by direct bronchoscopy.)** *Journal of Laryngology. London 19. Januar 1906.*

Verf. berichtet über einen Fall Killian's, in dem ein Kragenknopf bei einem 10jährigen Knaben aus dem linken Bronchus entfernt wurde. Die Schwierigkeiten, mit denen man bei der Extraction zu kämpfen hatte, führten zur Angabe eines neuen Instruments, das in vorliegender Arbeit abgebildet und beschrieben wird. In der Praxis scheint es bisher noch nicht erprobt worden zu sein.

JAMES DONELAN.

90) **Princeteau. Schnelle Ausstossung eines Fremdkörpers nach der Bronchoscopia inferior. (Expulsion rapide d'un corps étranger après bronchoscopie inférieure.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 25. Juni 1906.*

Bei den tracheotomirten Patienten wurde nach einigen vergeblichen Versuchen der Bronchoscopia inferior der Fremdkörper spontan ausgestossen. BRINDEL.

91) **Thomas Wood Clarke** und **David Marine. Lungengangrän infolge von Fremdkörpern in den Bronchien. (Pulmonary gangrene following foreign bodies in the bronchi.)** *American Journal of Medical Science. März 1906.*

Bei sorgfältiger Durchforschung der Literatur hatten Verff. nur 31 Fälle von Lungengangrän nach Fremdkörpern der Bronchien auffinden können; sie fügen noch einen eigenen derartigen Fall hinzu. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, dem 11 Tage vorher ein Knochenstück in den Bronchus gerathen war. Als Fieber eintrat, kannte man die Ursache nicht und hatte Verdacht auf Typhus. Am 4. Tage stellte sich putride Expectoration ein, und nach 2 Tagen starb Patient. Die Autopsie ergab Gangrän des rechten Mittel- und Unterlappens, Bronchiectasie, Bronchopneumonie der linken Lunge und Aktinomykose der rechten Lunge.

EMIL MAYER.

92) **O. Chiari. Fremdkörperextraction aus einem Bronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1906.*

67jährige Frau. Knochenstück, 28 mm lang, im rechten Hauptbronchus. Extraction mittelst der oberen, directen Killian'schen Bronchoskopie in Cocainanaesthesie mit einer langen Pincette im Schrötter'schen Griff. — Heilung.

CHIARI.

93) **J. v. Bókay. Die Technik der O'Dwyer'schen Intubation.** *Orvosi Hetilap. No. 21.*

Eine praktische Anleitung des von v. Bókay ausgeführten Intubationsverfahrens: Der Kranke sitzt in gleicher Höhe mit dem Arzte. Der Mund soll ad maximum gespreizt sein. Von grosser Wichtigkeit ist die Sterilisation des Tubus. Vor der Intubation taste man die Epiglottis, die aryepiglottischen Falten, die Aryknorpel genau ab. Die Epiglottis soll dem Zungengrunde fest angedrückt werden. Die Einführung des Tubus geschehe genau in der Mittellinie; dieselbe darf nicht gewaltsam geschehen. B. extubirt mittelst des an den Tubus angebundenen Fadens, den er an dem einen Ohre befestigt. Nach der Intubation kommt der Kranke in's Bett, welches zu einem Dampfzelte umgewandelt wird. Auf beide Ellbogengelenke wird die Everbusch'sche Bandage angelegt, damit der Kranke den Tubus nicht hinausziehen kann.

v. NAVRATIL.

94) **E. W. Sanders. Ein Wort für frühzeitige Anwendung der Intubation bei Kehlkopfstenose und für die Anwendung der Tracheotomie in gewissen vernachlässigten Fällen. (A plea for the more timely use of intubation in laryngeal stenosis and for the use of tracheotomy in certain neglected cases.)** *Archives of Pediatrics. Februar 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

95) **v. Schmieden** (Bonn). **Ueber das erschwerte Decanulement.** *Mit 13 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

Verf. weist darauf hin, dass in den meisten Fällen von Trachealstenosen nach Diphtherie-Tracheotomien nicht die Diphtherie, sondern die Tracheotomie als Ursache der Stenose anzusprechen ist. Es ist daher nach jeder Tracheotomie das Decanulement möglichst frühzeitig vorzunehmen, wobei „die Wegsamkeit des Larynx einzig und allein für den Zeitpunkt des Decanülements maassgebend" ist. „Man soll nicht den Ablauf der Diphtherie abwarten, sondern man soll vielmehr so bald wie möglich, spätestens nach 48 Stunden, den ersten Versuch machen, zu decanülisiren", wobei natürlich ein geschultes, gewissenhaftes Personal Vorbedingung ist. Verf. bespricht anschliessend die Ursachen und Entstehungsart der „Stenosen durch Granulationsbildung und Stenosen durch Knorpelverbiegungen", die er durch instructive, schematische Zeichnungen illustrirt.

Der zweite Theil der Arbeit behandelt die therapeutischen Maassnahmen zur Beseitigung vorhandener Stenosen. Verf. empfiehlt vor Vornahme etwaiger operativer Eingriffe bei Kindern das Dilatationsverfahren von der Fistel aus. „Bei jeder irgendwie erheblichen Stenose durch Deformirung der Trachea muss unser Instrumentarium nicht nur die Verengerung berücksichtigen, sondern sie muss auf

die Streckung des abgeknickten Trachealrohres hinwirken, die Spornbildung an der hinteren Trachealwand gegenüber der Fistel beseitigen." Zur Erfüllung dieser Forderung bediente sich Verf. mit Erfolg der von ihm angegebenen „Bougiekanüle", sowie entsprechender Dilatatoren, die in der Arbeit abgebildet sind und deren Technik eingehend beschrieben wird. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

96) **P. Aaser** (Norwegen). **Schwierigkeiten bei der Entfernung der Canüle bei operirten Crouppatienten. (Vanskelighed ved Fjernelsen af Kanylen hos opererte Kruppatienter.)** *Tidsskrift for den norske Laegeforening. p. 897. 21. December 1905.*

Verf. zählt verschiedene Ursachen eines schwierigen Decanulements auf:

1. Die Angst des Patienten, bei der Entfernung der Canüle zu ersticken. Man entgeht der Schwierigkeit, wenn man den Patienten irreführt, indem man die Canüle aussen auf die Wunde legt und das Band der Canüle wie gewöhnlich im Nacken knüpft.

2. Eine Geschwulst der Schleimhaut. Hier gelingt die Entfernung der Canüle erst nach mehreren Monaten.

3. Granulationsbildungen in der Trachea, die der Verf. dadurch behandelte, dass er die Trachea spaltete und die Granulationen entfernte.

4. Narbige Stricturen infolge von Ulcerationen im Kehlkopfe, die er mit Erfolg mit Bällen behandelte, welche er durch den Larynx einführte und durch die Trachealcanüle fixirte. E. SCHMIEGELOW.

97) **Notiz des Herausgebers. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1906.*

Bei einer eiligen Tracheotomie ist der beste Schnitt der durch die Membrana crico-thyreoidea. Um die Oeffnung offen zu halten, kann man ein Paar an ihren Enden gebogene Haarnadeln als Retractoren benutzen. LEFFERTS.

98) **Keith Monserrat. Ein neuer Tracheotomiodilatator. (A new tracheotomy dilatator.)** *Lancet. 25. Mai 1906.*

Ein zweiblätteriges Instrument mit gekrümmten, schnabelförmigen Enden. Angefertigt bei White u. Wright, Rushaw-Street, Liverpool.

A. LOGAN TURNER.

99) **v. Stubenrauch** (München). **Einfache Trachealhaken zum Gebrauch beim Canülenwechsel.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Der Trachealhalter, dessen Vorzüge gegenüber den scharfen Häkchen beschrieben werden, ist in der Publication abgebildet und in zwei Grössen von der Firma H. Katsch, München, zu beziehen. HECHT.

f. Schilddrüse.

100) **G. Coronedi. Biologische Bedeutung der Halogene für die Function der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen; ein experimenteller und theoretischer Beitrag. (Importanza biologica degli alogene nella funzione tiro-paratireidea; contributo sperimentale e teorico.)** *Arch. intern. Physiol. Vol. 2. S. 60. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

101) **G. Lovell Gulland. Vorläufige Notiz über Befund von eisenhaltigem Pigment in der Schilddrüse. (A preliminary note on the presence of pigment containing iron in the tyroid gland.)** *Lancet. Vol. 169. p. 506. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

102) **Wilhelm Magnus** (Christiania). **Serumbehandlung bei Morbus Basedowii. (Serumbehandling af Morb. Basedowi.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 699. 1905.*

Verf. hat mit gutem Erfolg vier an Morbus Basedow leidende Patienten mit Blut oder Serum von Schafen, die er selbst thyreoidectomirt hatte, behandelt.

E. SCHMIEGELOW.

103) **John Rogers** und **S. P. Beebe. Behandlung des Morbus Basedow durch ein specifisches Serum. (Treatment of exophthalmic goiter by a specific serum.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Verff. beschreiben die Darstellung des Serum und berichten über die Resultate bei 41 Patienten. Acht Patienten wurden geheilt, 25 gebessert, bei 6 war der Erfolg negativ und 2 starben. Von vier Fällen von psycho- und neuropathischem Morbus Basedow wurden einer geheilt, zwei gebessert, einer blieb unverändert. LEFFERTS.

104) **G. E. Pfahler** und **M. C. Trusch. Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen behandelt. (Exophthalmic goiter treated by the Roentgen-rays.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1906.*

Es handelt sich um eine 36jährige Frau, bei der nach einmonatlicher Behandlung eine wesentliche Besserung des Morbus Basedow zu constatiren war, sowohl was den Allgemeinzustand als die Schilddrüsenschwellung anbelangt. Es sind 31 so behandelte Fälle bekannt. Ob die Resultate bei ihnen permanent waren, ist nicht bekannt. EMIL MAYER.

105) **B. Jacques Curtis. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juni 1906.*

C. ist der Meinung, dass nur schwere Fälle, bei denen die medicamentöse Behandlung versagt hat, chirurgisch behandelt werden sollten, obwohl die Operation nicht etwa als ultima ratio betrachtet zu werden braucht. Man soll nur nicht in jedem Fall gleich frühzeitig zur Operation rathen, da viele sich durch medicamentöse Behandlung allein herstellen lassen. Die einzigen Operationen,

die in Betracht kommen, sind: partielle Thyreodectomie, Exstirpation des Sympathicus und der sympathischen Ganglia. LEFFERTS.

106) **F. J. Shepherd. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Die einzige Methode ist die Entfernung der halben oder mehr als der halben Schilddrüse. Frühzeitige Operation ist geboten, besonders in den Fällen, in denen die Vergrösserung der Schilddrüse hauptsächlich auf einer Seite sich befindet und sie den nervösen Erscheinungen vorausgegangen ist. In extremen Fällen, wenn der Verlauf ein sehr schneller ist und das rechte Herz dilatirt ist, kommen besser andere Behandlungsarten in Betracht. Es wird über 18 Fälle berichtet; drei starben bald nach der Operation an Thyreoidismus; acht wurden völlig geheilt. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 28 Jahre; der älteste war 53, der jüngste 14 Jahre alt. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

107) **Weglowski. Beitrag zur Technik und Klinik der Oesephagoskopie. (Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.)** *Przeglad Lekarski. No. 20, 21, 22. 1906.*

Nachdem Verf. eine kurze historische Beschreibung der Oesophagoskopie gegeben, beschreibt er verschiedene Methoden derselben, die genaue Beleuchtung und verschiedene Schwierigkeiten beim Einführen dieses Instruments. Im Laufe der letzten $3^1/_2$ Jahre untersuchte Verf. mittelst Oesophagoskopie 350 Kranken. Herzleiden und Aneurysmen stellen keine Contraindicationen gegen Oesophagoskopie dar.

Verf. beschreibt und illustrirt eine ganze Reihe Bilder, die er mittelst der Oesosphagoskopie gesehen hat. In erster Linie vom normalen Oesophagus und dann verschiedene pathologische Zustände: 1. Verletzungen (thermische, chemische, mechanische). 2. Fremdkörper. Von diesen entfernte Verf. aus dem Oesophagus mittelst Oesophagoskop 23 (Münzen, Knochen, Nadeln, Glas u. s. w.). 3. Specielle Krankheiten des Oesophagus (acute und chronische Entzündungen), Tuberculose (2 Fälle), Syphilis (Geschwüre und syphilitische Narben), Actinomycose. 4. Gutartige Neubildungen (Papillome und Polypen in der Gegend der Cardia). 5. Eine ganze Reihe von krebsartigen Geschwülsten. 6. Narbige Stricturen des Oesophagus. In diesen Fällen gelang es Verf. in kurzer Zeit (3—4 Wochen), die Durchgängigkeit des Oesophagus herzustellen. 7. Spasmus cardiae (Verf. beobachtete 12 Fälle). 8. Ein Fall von Oesophagus-Divertikel. v. SOKOLOWSKI.

108) **Onodi. Röntgenbild eines Diverticulum oesophagi.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

Die Sonde geräth 23 cm hinter der Zahnreihe in ein Divertikel. Der mit Bismuthbrei gefüllte Sack erscheint im Röntgenbilde in der Apertur des Thorax linkerseits, ist von der Grösse eines Gänseeies. v. NAVRATIL.

109) **Lotheissen** (Wien). **Zur Behandlung des Speiseröhren-Divertikels.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

Für die Fälle, bei denen eine operative Beseitigung des Divertikels nicht in

Betracht kommt, ist durch Sondenbehandlung jedenfalls eine bedeutende Besserung zu erzielen. Autor verbesserte die üblichen Sonden nach verschiedenen Richtungen hin und liess sich behufs allmäliger Dehnung des verengerten Oesophaguslumens eine eigene „Dilatationssonde“ construiren, die in der Arbeit unter eingehender Beschreibung der Technik abgebildet ist und deren erfolgreiche Verwerthung ein einschlägiger Krankenbericht illustrirt. HECHT.

110) **Bosse. Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophaguscarcinom.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Der Fall verlief in drei Monaten tödtlich unter hohem Fieber und schnellem Kräfteverfall. Trotz Oesophagoskopie wurde Abscess der Pleurahöhle nach Mediastinitis angenommen, infolge dessen zur Thoracotomie geschritten.

P. HELLAT.

111) **Allezais** und **Pluyette. Oesophagotomie wegen Kehlkopfkrebs. (Oesophagotomie pour cancer du larynx.)** *Marseille médical. No. 12. Juni 1906.*

Bei dem Patienten, um den es sich hier handelt, bestanden Schluck- aber keine Athmungsbeschwerden. Die Verff. öffneten den Oesophagus und vernähten das untere Ende mit der äusseren Haut. Exitus nach 3 Stunden. BRINDEL.

112) **Sencert. 1. Ueber Oesophagotomia interna (ösophagoskopische) bei der Behandlung der Narbenstenose des Oesophagus. (De l'oesophagotomie interne [oesophagoscopique] dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.) 2. Angeborene Oesophagusverengerung. (Rétrécissement congénital de l'oesophage.) 3. Oesophagotomia interna auf ösophagoskopischem Wege. Heilung. (Oesophagotomie interne oesophagoscopique. Guérison.)** *Revue médicale de l'Est. No. 9. 1906.*

In den beiden ersten Fällen wurde die Stenose durch Elektrolyse beseitigt. Ein bei der Oesophagussondirung einige Tage nach dem Eingriff gemachter falscher Weg führte in dem einen Fall eine Mediastinitis und den Tod herbei.

Im dritten Falle wurde die Oesophagotomia interna nach Analogie einer Urethrotomie gemacht. Es trat völlige Heilung ein. BRINDEL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Oltuszewski, Wladyslaw. Ueber die Sprache und ihre Störungen (Stummheit, Lallen, Stottern u. s. w.) nebst einer Hygiene der Sprache.** (Polnisch.) — „O mowie i jey zboneuiach“.

Der seit vielen Jahren um das Studium der Sprachstörungen und deren Behandlung verdiente Verfasser, dessen einschlägige Einzelschriften wir in diesem Blatte schon mehrmals referirt haben, hat sich jetzt entschlossen, seine Erfahrungen in Form eines kleinen Handbuches zu sammeln und zu veröffentlichen.

Auf breiter philosophischer Basis und auf Grund einer scharf motivirten Lehre über die Degeneration bei den am häufigsten vorkommenden Sprach-

störungen wird ein logisch gebundenes, durch genaue anatomische, physiologische und psychologische Kenntnisse begründetes Bild der ganzen Logopathologie entworfen. Nachdem die verschiedenen einschlägigen Theorien kritisch erörtert werden, gibt der Verf. seine eigenen Ansichten über Pathogenese und Therapie der Sprachstörungen an und erläutert solche durch casuistische, aus eigener Erfahrung geschöpfte Beobachtungen. Ein besonderes, der Sprachhygiene gewidmetes Kapitel beschliesst das kleine, aber recht inhaltsreiche Buch. Auch eine Anzahl entsprechender Zeichnungen illustrirt den Text des Werkes.

A. Sokolowski.

b) Most, August. Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. August Hirschwald. Berlin 1906.

Das vorliegende Most'sche Buch giebt eine so ausgezeichnete Darstellung der Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses, dass wir, entsprechend der Wichtigkeit dieses Capitels, die vom Verf. gegebene Zusammenfassung wortgetreu abdrucken.

1. Die Lymphgefässe des Kopfes und des Halses kann man nach ihrem Verlaufe zweckmässig in verschiedene Lymphterritorien eintheilen. Diese letzteren entsprechen im grossen und ganzen dem Stromgebiet der Blutgefässe und speciell jenem der Venen. Die regionären Drüsen liegen vielfach dort, wo grössere Venenzusammenflüsse oder Arterienverzweigungen stattfinden.

2. Von diesem Typus weichen die Lymphgefässe häufig ab. Es sondern sich nicht selten einzelne Drüsen von ihren zugehörigen Gruppen mehr oder weniger ab. Die Lymphstämme verlaufen häufig bogen- und schlingenförmig, kehren alsdann zum alten Strombett zurück oder treten zu benachbarten Lymphgebieten und Lymphdrüsen über. Es ziehen mitunter gewisse Lymphstämme an näher gelegenen Drüsen vorbei. Es kann sogar vorkommen, dass die regionären Drüsen übersprungen werden und sich die Gefässe in die Drüsen der nächstfolgenden Etappe senken. Da die Lymphkapillaren überall die Mittellinie überschreiten, können mancherorts von der einen Organhälfte aus die contralateralen Drüsen injicirt werden. Auch die abführenden Lymphstämme können an einigen Stellen zur entgegengesetzten Körperseite übertreten.

3. Die einzelnen an Kopf und Hals in Betracht kommenden Lymphterritorien sind folgende:

a) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Art. maxillar. externa und der Vena facialis anterior entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Hauttheile der Kinn-, Lippen-, Nasen- und der angrenzenden Wangengegend, ferner die vordersten Schleimhautparthien der Nasenhöhle und die vorderen und seitlichen Parthien der Mundhöhle, sowie die medianen Parthien des äusseren Auges. — Die regionären Drüsen sind die submaxillaren und die submentalen Drüsen. An der Wange sind mitunter die Wangenlymphdrüsen eingeschaltet. Die zweite Etappe stellen die tiefen Cervicaldrüsen dar (vordere Gruppe).

b) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Transversa faciei und der Temporalgefässe entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die

Hauttheile der Nasenwurzel, der Stirn, der Schläfe und der vorderen Scheitelgegend und die lateralen Parthien des äusseren Auges, sowie die vordere Circumferenz des äusseren Ohres. Die regionären Drüsen sind die Parotislymphknoten und die am unteren Parotispol gelegenen oberflächlichen Cervicaldrüsen. Die zweite Etappe sind wiederum die tiefen Cervicaldrüsen (vordere Gruppe).

c) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Vena auricularis posterior entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Scheitelgegend und die hintere Circumferenz des äusseren Ohres. Die regionären Drüsen sind sowohl die — mitunter nicht vorhandenen — Glandulae mastoideae, wie auch die tiefen Cervicaldrüsen, und hier hauptsächlich diejenigen, welche der Vena jugularis interna seitlich anliegen.

d) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen den Occipitalgefässen entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Hinterhauptgegend. Die regionären Drüsen sind die — mitunter ebenfalls nicht vorhandenen — Occipitaldrüsen und die seitlichen tiefen Cervicaldrüsen (laterale Gruppe). Je weiter das Quellgebiet sich vom Nacken nach abwärts senkt, desto mehr richtet sich der Lymphstrom zu den supraclavicularen und schliesslich zu den axillaren Drüsen hin.

4. Die Schleimhautparthien der Halstheile der Athmungs- und der Verdauungswege entsenden ihre Lymphe zu den tieferen Cervicaldrüsen, und nur aus den vordersten Theilen der Nasenhöhle und den vorderen und seitlichen Parthien der Mundhöhle gelangen die Lymphadern auch zu den submaxillaren und submentalen Drüsen (conf. No. 3).

In diese erstgenannten Lymphwege sind verschiedene kleinere Drüsengruppen eingeschaltet, welche den Verdauungswegen mehr oder weniger anliegen. Es sind dies um Mundhöhle und Pharynx die Gl. sublinguales und retropharyngeales, um Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre die Gl. laryngeales und praetracheales, sowie die Gl. peritracheales am N. recurrens.

Die abführenden Lymphstämme verlaufen entweder nach vorn und abwärts, und zwar hinter dem Submaxillardreieck (aus Zunge, Gaumenmandeln), sowie durch die Membrana thyreo-hyoidea (aus Sinus piriformis und Kehlkopfeingang) zu den tiefen Cervicaldrüsen (vordere Gruppe), oder aber dieselben verlaufen nach hinten, lateralwärts und abwärts, also hinter dem Gefässnervenstrang und hinter dem Grenzstrang des Sympathicus (aus dem Naseninnern, der Tuba Eustachii und den rückwärts von ihr gelegenen Pharynxabschnitten) zu den tiefen Cervicaldrüsen, welche der Jugularvene seitlich anliegen, und zu jenen, welche lateral auf den Scalenis liegen. Aus den Halstheilen der Luft- und Speiseröhre gelangen die Gefässe vermittels der peritrachealen Drüsen im Wesentlichen zu den supraclavicularen Lymphknoten.

5. Die Lymphgefässe der submaxillaren Speicheldrüsen münden in die vordere Gruppe der tiefen Cervicaldrüsen; jene der Parotis münden, nachdem sie die in und an ihrer Substanz gelegenen Lymphknoten passirt haben, ebendorthin.

Aus der Schilddrüse werden die vorderen tiefen cervicalen und die supraclavicularen Drüsen gespeist. In die abführenden Lymphstämme sind die praelaryngealen, die praetrachealen und die peritrachealen Drüsen eingeschaltet.

6. Das Sammelbecken der gesammten Lymphe aus Kopf und Hals ist der Plexus cervicalis profundus, dessen Glieder als tiefe Cervicaldrüsen bezeichnet werden. Sie werden eingetheilt in eine obere (Gl. cervicales prof. sensu strictiori) und in eine untere (Gl. supraclaviculares) Gruppe. Die Grenze ist der Omohyoideus. — Die obere Gruppe, schlechthin tiefe Cervicaldrüsen genannt, sind practisch wiederum in eine vordere, um die grossen Halsgefässe gelagerte Gruppe, und in eine laterale, auf den Scalenis und dem Levator scapulae gelegene Gruppe einzutheilen. In der vorderen Gruppe springt typisch ein Lymphknoten besonders hervor, welcher nach abwärts vom lateralen Biventerbauch und an der Stelle gelagert ist, wo die Vena facialis communis gewöhnlich in die Vena jugularis mündet. Er nimmt die meiste Lymphe aus dem Submaxillar- und den Submentalgebiet auf. Ein zweiter typischer Drüsenkörper liegt an der Kreuzungsstelle des Omohyoideus mit der Drosselvene. Er empfängt directe Stämme aus Zunge und Larynx.

Aus dem Plexus cervicalis prof. gelangt die Lymphe in den Ductus thoracicus oder direct in die Vene.

7. Das Lymphgefässsystem besitzt auch eine hohe pathologische und klinische Bedeutung; denn es verbreitet sich bekanntlich eine grosse Reihe von krankhaften Processen zunächst und vor allem auf ihm. Dieser Umstand hat aber auch zur Folge, dass seine Topographie einem grossen Wechsel unterworfen ist. Es können danach nämlich einzelne Gefässe und Gefässbezirke verlegt, verstopft werden, so dass der Lymphstrom gezwungen ist, andere Wege zu suchen; es können wahrscheinlich wohl auch alte Lymphbahnen veröden und sich neue bilden, ja sogar neue Drüsen entstehen. Trotzdem hat aber die normale topographische Anatomie des Lymphgefässsystems auch für den Pathologen und Practiker einen nicht zu unterschätzenden Werth, da sie ihm gewissermaassen als Richtschnur in complicirten pathologischen Verhältnissen dienen kann.

8. Besonders der Chirurg wird sich bei seinen Operationen, zumal angesichts maligner Tumoren, der normalen Topographie des Lymphgefässapparates erinnern, um alle einem bestimmten Quellgebiet zugehörigen Drüsen berücksichtigen zu können. Dabei wird er auch all die oben beschriebenen Unregelmässigkeiten im Abfluss der Lymphe in den Bereich seiner Erwägungen zu beziehen haben.

9. Bei malignen Tumoren im Kopf- und Halsgebiet sollen stets in typischer Weise Drüsenausräumungen vorgenommen werden, und wo dies möglich ist, sollen die Drüsen sammt ihrem umgebenden Fettgewebe und den verbindenden Lymphbahnen in toto herausgelöst und nach dem Primärtumor hin abgehoben werden. Dies geschieht im Submaxillargebiet am besten nach dem Kocher'schen Verfahren im tiefen Cervicalgebiet in analoger Weise von unten nach oben hin.

10. Die Freilegung der Drüsengebiete wird in zweckentsprechender Weise durch die Kocher'schen Schnittführungen erreicht. Für das Submaxillardreieck kommt auch der Stieda'sche Lappenschnitt in Frage und das tiefe Cervicalgebiet legt ein grosser Kragen- oder Lappenschnitt oder aber ein musculo-cutaner Lappen, der den Kopfnicker enthält, in übersichtlicher Weise frei.

11. Für die Halsdrüsentuberculose sind ähnliche Grundsätze maassgebend. Bei uncomplicirten Lymphomoperationen kann man den Kocher'schen Querschnitt mehr nach der Supraclaviculargegend hin verlegen, also dorthin, wo ein Halskragen die Narbe leicht deckt. Vermöge der Elasticität der Halshaut ist es dann möglich, den Halsschnitt nach allen Richtungen hin zu verschieben und so fast alle Drüsengebiete für das Auge und das Messer zugänglich zu machen.

A. Kuttner.

---

c) Jahres-Versammlung der belgischen oto-larnyngologischen Gesellschaft.

Sitzungen vom 9. und 10. Juni 1906 in Brüssel.

Vorsitzender: J. Lecocq.

Nach der üblichen Begrüssung der Gäste gedenkt der Präsident der im verflossenen Jahre dahingeschiedenen Mitglieder, Schuster aus Aachen und Emile Meunier aus Paris.

Die Candidaturen zu Titulatur- und correspondirenden Mitgliedern werden, nachdem sie zuvor der zu diesem Zwecke ernannten Specialcommission unterbreitet worden, als angenommen erklärt.

I. Vorzeigen anatomischer Präparate.

Delsaux: Das Rhinophantom Killian's in stereoskopischer Photographie.

D. hat 5 stereoskopische Aufnahme von dem Killian'schen Rhinophantom angefertigt, die er in einem zusammenlegbaren Stereoskop von beschränktem Volumen und geringem Preis vorzeigt; dadurch ist das letztere Jedermann zugänglich geworden.

Das 1. Bild stellt einen Durchschnitt des Sinus maxill. mit seiner accessorischen Oeffnung, seinem Recessus und Communicationen mit dem Zahnsystem, seinen Beziehungen zum harten Gaumen und den benachbarten Theilen dar.

Auf der 2. Photographie sieht man einen Sagittalabschnitt der Nase mit der unteren und mittleren Muschel, der Bulla ethmoid., dem Sinus front. und sphenoid.

Die 3. Platte zeigt den unteren Nasengang nach Entfernung der gleichnamigen Muschel.

Eine 4. weist den gleichen Schnitt auf nach Entfernung der mittleren Muschel (Orific. semilunar. und Canal. nasofrontal.).

Endlich bei einer 5. Ansicht hat man offen vor sich alle Nasennebenhöhlen des Antr. front., die vorderen, mittleren und hinteren Siebbeinzellen, das Antr. sphenoidale und die natürlichen und accessorischen Oeffnungen des Antr. maxill.

Das Relief ist tadellos und geht an den demonstrativen Eigenschaften des Originals nichts verloren.

Lecocq (Wasmes): Riesenpolyp der Nasenhöhle.

60jährige Frau, linke Nasenhöhle vollständig ausgefüllt mit einer weisslichen, oberflächlich gerunzelten Polypenmasse, welche nach dem Larynx und

dem Pharynx herabsteigt und das Gaumensegel vorwärts drängt; eine Verlängerung desselben reicht bis an das linke Nasenloch. Entfernung des Tumors in zwei Zeiten, zum Theil von vorn, zum Theil von hinten. Stillung der Blutung durch hintere Tamponade. Der Tumor wiegt 100 g.

Carl Emil Delsaux (Lüttich): Tuberculose der Nasenscheidewand. Nasenlupus.

Mikroskopische Durchschnitte. Erste Curettage der durch mikroskopische Untersuchung genau festgestellten tuberculösen Nasenscheidewand mit darauffolgender Cauterisation mit dem Galvanocauter und mit 25proc. Acid. lacticum-Lösung. 3 Monate später Recidive. Neuer Eingriff. Nach Loslösung des Nasenflügels ausgiebige Exstirpation des ganzen Tumors; trotzdem Recidive nach einigen Monaten; ein Lupusknötchen entwickelte sich in der neugebildeten Narbe.

V. Delsaux fragt, ob es sich nicht um eine einfache Coincidenz handelt, oder ob der Autor nicht auf die Schnittfläche der Schleimhaut einige Koch-sche Bacillen inoculirt habe. Er räth, in dergleichen Fällen nur von den natürlichen Wegen aus zu interveniren, z. B. mit der Laurens'schen Zange, indem man weit über die Grenzen der kranken Gewebe hinausgeht.

Trétrôp hatte Gelegenheit, einen Nasentumor bei Lupus zu operiren. Er eröffnete die Nase in der Mittellinie und entfernte den Tumor galvanokaustisch. Die Kranke genas.

Bôval (Charleroi): Revolverkugel durch den Larynx gedrungen.

Die in unmittelbarer Nähe abgefeuerte Revolverkugel hatte den schützenden Arm durchsetzt und war am rechten Unterkiefelwinkel in den Hals durch den Kehlkopf gedrungen, beide Stimmbänder im Niveau des vorderen Drittels durchtrennend und blieb schliesslich nach aussen vom linken Schildknorpel stecken.

Die Tracheotomie wurde sofort vorgenommen, aber der Kranke weigerte sich, die Kugel ausziehen zu lassen. Nach einigen Tagen sah B. den Kranken wieder. Die Stimmbänder sind an ihrem vorderen Drittel zusammengeklebt, die Kugel eingekapselt und mit Ausnahme einer sehr gedämpften Stimme klagte der Kranke über nichts mehr. Die Radiographie zeigt die Trachealcanüle am Platze und die Revolverkugel auf der linken äusseren Halsseite, im Niveau des unteren Theiles des Schildknorpels.

Derselbe: Fremdkörper im Oesophagus.

Die Radiographie zeigt ein durchlöchertes 10-Centimesstück aus Nickel, welches transversal im Oesophagus eines 4jährigen Kindes im Niveau des zweiten Rückenwirbels steckt. Bei einem Brechanfall warf das Kind die Münze aus, gerade als man die Extraction vornehmen wollte.

Labarre (Brüssel): Laryngocele des Ventricul. Morgagni.

Der Autor zeigt eine lufthaltige Cyste, oder exact ausgedrückt, eine Laryngocele des linken Ventr. Morgagni vor. Beim Laryngoskopiren zeigte der Tumor alle Eigenschaften einer Cyste flüssigen Inhalts, die sich auf Kosten der linken aryepiglottischen Falte entwickelt zu haben schien. Es wurden mehrere galvano-

kaustische Punctionen vorgenommen, da aber keine Flüssigkeit sich entleerte und das Volumen des Tumors keine Veränderung zeigte, so entschloss sich L. zur galvanokaustischen Schlinge und entfernte auf einmal mit der grössten Leichtigkeit die Ventricularlaryngocele. Der Autor betont zunächst die Seltenheit dergleichen Fälle. Die Literatur enthält bis jetzt nur 4 Beobachtungen, bei welchen die Laryngocele strenge auf das Kehlkopfinnere beschränkt war. Meistens setzt sie sich auf eine zweite deutliche Extralaryngealtasche fort. Diese Form beobachtet man sehr häufig bei gewissen Affen, worüber Meyer eine sehr interessante Arbeit geliefert hat. Im gegenwärtigen Falle handelt es sich wahrscheinlich um eine anormale congenitale Verlängerung des vorderen Theiles des Morgagni'schen Ventrikels. Infolge von Hustenstössen bei einer Tracheobronchitis hat sich das Divertikel, der plötzlichen Luftdrucksteigerung nachgebend, dilatirt, um im Larynx den oben beschriebenen Tumor zu bilden. Erwähnenswerth ist noch, dass, im Gegensatz zu den gewöhnlichen Laryngocelen, das Volumen des Tumors von den Respirationsbewegungen kaum beeinflusst zu werden scheint. L. glaubt dies der grossen Dicke der Sackwand zuschreiben zu dürfen. Er insistirt auf der Art der Behandlung derartiger Affectionen und behält die Ueberzeugung, dass, obgleich die Mehrzahl der Autoren zur Laryngotomie rathen, die Abtragung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge die beste Methode bleibt, selbst für die Fälle, bei welchen eine extralaryngeale Tasche existirt, da man diese immer wieder durch einen entsprechenden Eingriff reseciren könne.

Hemaide (Brüssel): Kehlkopfstenose nach Intubation.

Kehlkopf eines 6jährigen Kindes, welcher in der Regio subglottica und besonders im Bereiche des Ringkorpels dichtes Narbengewebe zeigt, welches den vollständigen Verschluss des Respirationsraumes herbeigeführt hatte. Die Narbenstenose trat infolge der Intubation auf.

Cheval hatte Gelegenheit, das Kind bei seiner Consultation am St. Petrushospital zu sehen. Er schlug die Laryngofissur vor, welche aber verweigert wurde. Er begnügte sich alsdann damit, die verengte Stelle mit den Schrötter'schen Dilatatoren zu erweitern. Nach 2—3monatiger Behandlung verlor er das Kind aus den Augen. Einige Jahre später constatirte der behandelnde Arzt, dass der ganze unterhalb der Glottis gelegene Theil des Kehlkopfs durch Narbengewebe verengt war. Um diese Complicationen zu beseitigen, kam er auf den Gedanken, das fibröse Gewebe mittelst eines an den Handgriff für die O'Dwyer'sche Intubationsröhre angebrachten Bistouri zu durchschneiden. Es gelang ihm auf diese Weise, sich einen Weg in den seitlichen Theil des Narbengewebes anzulegen. Um dann die Dilatation des so geschaffenen Canals vorzunehmen, führte er von vorn unten nach oben durch die Trachealöffnung eine T-Canüle ein, mit der Absicht, das Caliber des aufsteigenden Stückes derselben progressiv zu vergrössern. Leider verstopfte sich die Trachealcanüle plötzlich mit Schleimmassen und das Kind erstickte während des Transports nach dem Hospital.

H. meint, dass es vielleicht besser gewesen wäre, statt der Secundärtracheotomie die Intubation nicht aufzugeben, unter Benutzung verschiedener calibrirter Röhren behufs Abwechselung der reibenden Oberfläche; man hätte auf diese Weise

gradatim eine Heilung erzielen können. Nachdem aber einmal die Verengerung ausgebildet war, bot die Tracheotomie mit Ausschneiden des Narbengewebes gewiss die einzige Aussicht auf Erfolg. Gewisse Operateure erzielten ebenfalls ein gutes Resultat mit der Resection der stenosirten Laryngealportion, indem sie Larynx und Trachea durch die Naht vereinigten.

Der Autor kennzeichnet noch das kühne Unternehmen, welches darin besteht, blindlings eine schneidende Canüle in eine Gegend einzuführen, in welche es schon so schwierig ist, selbst an der Hand einer guten Beleuchtung einzudringen.

Discussion:

Moure (Bordeaux) macht auf die schweren Uebelstände der Tracheotomia intercricoid. thyreoid. bei Kindern und jungen Leuten aufmerksam. Wenn die Canüle einige Zeit liegen bleiben muss, so müsste man sich beinahe mit Sicherheit darauf gefasst machen, dieselbe nicht entfernen zu können. M. hat schon vor einigen Jahren diese Läsionen nach der Tracheotomie beschrieben und bildet der vorliegende eine vollständige Bestätigung seiner Veröffentlichung.

II. Vorzeigen von Instrumenten.

Broeckaert (Gent): Nasenrachenpolypenzangen.

Diese Zangen sind für gewisse, besonders brettharte, schlecht gestielte Polypen, sog. Fibrome, bestimmt. Das eine Modell dient zur Extraction des Polypen auf retropalativem Wege; wenn man nicht die ganze Masse auf einmal herausziehen kann, ermöglicht die Zange eine Zerstückelung derselben, ohne Veranlassung zu beunruhigenden Blutungen zu geben. Das andere Modell kann den gleichen Zweck erfüllen, nur hat es eine andere Krümmung, weil es zur Extraction von Fibromen auf transmaxillar-nasalem Wege bestimmt ist.

B. zeigt noch eine Zange mit Krallen, um gewisse Fibrome sicher erfassen zu können, während man sie an ihrer Insertion lostrennt. Dieselbe ist nach dem Princip der Kocher'schen Kropfzange construirt.

Trétrôp (Antwerpen) zeigt eine Reihe von Instrumenten vor:

1. eine aseptische Verbandtasche für Untersuchung und Behandlung in den Wohnungen; die aseptischen Instrumente sind von den inficirten streng getrennt;

2. einen Gesichtsschirm gegen professionelle Infectionen; derselbe besteht aus einer sehr dünnen Celluloidplatte, versehen mit einem Brillengestell;

3. eine Taschenbatterie, den Gebrauch des Clas'schen Spiegels gestattend; dieselbe ist sehr leicht, ca. 500 g schwer, befindet sich in einem leicht tragbaren Kästchen und versorgt die Osmiumdrahtlampe von 4—6 Volt;

4. einen Spartransformator für städtische Elektricitätsleitungen zu galvanokaustischen Zwecken; derselbe ist mit Rhumkorff'schen Inductionswellen hergestellt, die Regulirung geschieht durch Verschiebung der Rollen und Verstellung der Feder; ein Rheostat ist überflüssig.

Labarre (Brüssel) zeigt:

1. einen aseptischen Gläserständer;
2. einen Sterilisator, zu verschiedenen Zwecken dienend.

Delsaux (Brüssel): Kehlkopfinstrumente.

D. zeigt Instrumente vor zur Entfernung von kleinen Stimmbandauswüchsen, besonders an den freien Rändern durch Auskratzen (Racloirs) mit der Schneide nach links oder rechts oder nach unten. Dieselben haben ihm grosse Dienste geleistet.

III. Kranken-Vorstellung.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Osteomyelitis des Oberkiefers und des Siebbeins mit Empyem des Sinus und der Orbita.

Neugeborenes Kind, welches am 3. Tage am linken und inneren Orbitalrande einen kleinen rothen Fleck zeigte, der sich immer mehr ausbreitete. Einige Tage darauf constatirte ein Augenarzt: ausgesprochenen Exophthalmus links, Eiterausfluss aus dem betreffenden Nasenloch, desgleichen Ausfluss aus einer Fistel des harten Gaumens und Existenz einer Fistel der Fossa canina, so dass er einen Entlastungsschnitt unter dem inneren Augenwinkel ausführen musste, um dem Eiter einen Ausweg zu verschaffen. Keine hereditäre Belastung nachzuweisen. Der Autor constatirte ausser dem angegebenen Befund: Die linke Nasenseite mit Eiter erfüllt, die Sonde stösst nach oben aussen zu in der Siebbeingegend auf nackten Knochen; die linke Nasenhöhle ist frei.

Die Untersuchung des Pharynx bucc. zeigt einen Eiterstreifen auf der hinteren Wand. Bei offenem Munde bemerkt man die beiden oben angeführten Fisteln. Die in die Fistel der Fossa canina eingeführte Sonde führt in eine Höhle von $1^1/_2$ cm Länge und ca. 1 cm Breite. Operation: Incision, ausgehend vom Nasenfortsatz des Stirnbeins, dem inneren Orbitalrand und einem Theil des unteren Orbitalrandes entlang. Die innere und untere Orbitalwand werden vom Periost entblösst bis zum Foramen optic. Im Bereiche der Lamina papyracea des Siebbeins fühlt man an verschiedenen Stellen kleine Sequester, welche leicht mit der Zange entfernt wurden; es sind da ebenfalls einige kleine Nischen, Siebbeinzellen darstellend, und zwei voluminösere, vollständig abgeschlossene und Eiter enthaltende Siebbeinzellen. Herstellung einer breiten Communication mit der Nase und Drainage vermittelst Einführung eines Jodoformgazestreifens zwischen Orbita und Nase. — Um jede Intervention auf der Vorderfläche des Oberkiefers zu vermeiden, wegen Befürchtung einer Zerstörung der Zahnsäckchen, nahm der Autor die Perforation der inneren Wand der Highmorshöhle vermittelst einer Kniezange vor. Der Exophthalmos heilte vollständig. Der Nasenausfluss, obgleich stark vermindert, dauerte noch 3 Wochen an, während welcher Zeit sich noch 5 kleine Sequester loslösten. Die hartnäckigere Sinusitis maxillaris wurde mit Ausspülungen behandelt, und da es sich wahrscheinlich um eine congenitale, syphilitische Nekrose handelte, verordnete W. während der Behandlung kleine Dosen Calomel.

Aus der Beobachtung geht hervor, dass man bei Neugeborenen nicht nur Empyeme der Kieferhöhle, sondern auch solche der Siebbeinhöhlen zu behandeln bekommt.

Derselbe: Kieferhöhlencyste.

Kranker, operirt an einer voluminösen, nach aussen zu entwickelten Cyste des linken Sinus maxill. dentären Ursprungs (seitlicher Schneidezahn). W. macht dabei auf ein beinahe constantes, von Gerber angegebenes Symptom aufmerksam, welches er bei der Mehrzahl der Cysten dentären Ursprungs angetroffen und auf das Vorhandensein eines bläulichen, renitenten Tumors unterhalb des vorderen Endes der unteren Muschel. Dieses Symptom beweist die grosse Wichtigkeit der rhinologischen Untersuchung für die Diagnose von Kiefercysten. Behufs der Radicalcur der Geschwulst legt der Autor einen Schleimhautschnitt an, beginnend am freien Rande der Oberlippe, von unten nach oben zur Gingivolabialfalte verlaufend und dann durch das Niveau dieser letzteren die vordere Sinuswand erreichend. Dieser sehr lange, nach Resection der vorderen Knochenwand auf den Sinusboden applicirte Lappen heilt gut fest, genirt keineswegs die Lippenbewegungen und füllt rasch die Sinushöhle aus.

Collet (Brüssel). **Eine Reihe von mit Siebbeinausräumung auf endonasalem Wege operirten Kranken.**

Die Kranken, ausgewählt aus der Abtheilung Delsaux's, waren Träger alter, hartnäckiger Affectionen und hatten alle möglichen Behandlungen durchgemacht. Im Allgemeinen war die Symptomatologie bei allen die gleiche: Verstopfung der Nase, hartnäckiger Ausfluss, Anosmie etc., Kopfschmerz, bald frontal, bald interoculär, bald auf dem Scheitel, bald im Nacken. Woran aber diese Kranken am meisten leiden, das ist der fortdauernde congestive Zustand im Halse und der Blutandrang nach den Sinnesorganen: Augen, Nase, Ohren, Kehlkopf, verbunden mit Schwindel, Ohrensausen, Gesichtsumnebelungen, welche diese Kranken trostlos und neurasthenisch machen. Bei allen handelt es sich um Polypen; sie kannten alle Instrumente, nur nicht die Zange von Luc, an welche Merck die Articulation der Grünwald'schen Zange angebracht hat. Mit diesem Instrument, nach vorheriger Cocainisirung, hatte C. mit Leichtigkeit zuerst den Kopf der Muschel, dann die ganze Muschel und sodann die übrig gebliebenen kleinen Polypen, welche bis in den letzten kleinen Siebbeinzellen staken, entfernt. Im Allgemeinen waren 10—20 Sitzungen nothwendig, um alle diese Polypen zu entfernen. Die lange und penible Behandlung verlangt von Seiten des Patienten viel Zutrauen und Courage und von Seiten des Arztes viel Ausdauer; aber dafür kann er über alle diese Polypen Herr werden, mögen dieselben symptomatische sein oder nicht, mit oder ohne gleichzeitige Sinusitis. Diese Siebbeinausräumungen bewirken „Entpfropfung“ aller Sinusöffnungen und zu gleicher Zeit einen weiteren Drainageweg für die Höhleneiterungen. Ist einmal der Nasofrontalcanal frei gemacht, dann sieht man die Symptome der Sinusitis frontalis besser werden und nach Eröffnung des Sinus sphenoid. die Eiterung verschwinden. Angesichts so vieler Heilungen fragt sich der Autor, ob es nicht wünschenswerth wäre, ehe man diese so schönen, aber blutigen Operationen von Gesichtspansinusiten vornimmt, systematisch zuvor diese so wenig brillante, aber sicher vortheilhafte Operationsmethode der „Siebbeinausräumung auf endonasalem Wege“ anzuwenden.

Goris: Recurrenserscheinungen im Gefolge von Thyroidectomie.

15jähriges junges Mädchen, welches sich vor einem Jahre vorgestellt hatte mit Oppressionserscheinungen und Gefühl von Genirtsein im Gebiete der Gland. thyroid. Es war da in Wirklichkeit eine leichte Vorwölbung entsprechend einer dem Anscheine nach nicht bedeutenden Schilddrüsenhypertrophie zu constatiren. Von Seiten der Trachea keine Compression. Jodkalibehandlung während mehrerer Monate; kein Erfolg. Nach einem Jahre operirte G. die Kranke auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin. Er entfernte einen grossen Schilddrüsentumor, welcher zu $^4/_5$ retrosternal war. Beim Herausheben der Geschwulst aus der Brust bekam die Kranke einen heftigen Glottiskrampf, welcher von dem Augenblicke an aufhörte, als der Operateur den Tumor in zwei Theile zerschnitt, um auf die Trachea zu gelangen und die Tracheotomie vorzunehmen. Diese wurde übrigens erspart. Beide Recurrentes waren stark gezerrt, aber nicht durchschnitten, und zwar war der Nerv der rechten Seite herauspräparirt mit dem adhärirenden Schilddrüsengewebe, der linke Recurrens wurde später geklemmt, während der Ligatur der Art. thyr. inf. Laryngoskopisch findet man die beiden Stimmbänder unbeweglich, gewissermaassen halb gespannt, wie man es im Beginn der Compression des Laryngeus durch Oesophaguscarcinom sieht.

Moure, der die von Goris vorgestellte Kranke nicht untersucht hat, ist überzeugt, dass keine Paralyse der Abductoren (?) besteht, da die Stimme erhalten ist. Was die Kropfabtragung anbelangt, so fragt er sich, ob Goris Gründe hatte, die Thyroidectomie vorzunehmen, anstatt die intraglanduläre Enucleation auszuüben, welche die Recurrentes viel sicherer vor Verletzungen schützt.

Broeckaert (Gent) hat die Kranke aufmerksam untersucht und bezweifelt eine vollständige Restitutio ad integrum der Functionsfähigkeit der Stimmbänder.

Darauf antwortet Goris, dass es unmöglich sei, das Verfahren vorher zu bestimmen, welches man einschlage; übrigens sei, wie Kocher sagt, die Enucleation keine so inoffensive Operation, als man sich vorstelle, zumal man sich manchmal in Gegenwart enormer Venen befindet, welche bei der geringsten Berührung einreissen. Was die bei der Kranken beobachteten Recurrenslähmungen anbelangt, so steht fest 1. dass der rechte Nerv nicht berührt wurde, 2. dass derselbe linkerseits leicht verletzt wurde beim Einklemmen der Thyr. inf.; aber er ist überzeugt, dass sich der Nerv in diesem Falle wieder regeneriren würde. Er werde die Kranke in der nächsten Versammlung wieder vorstellen.

Derselbe: Totalresection des ganzen Kiefers wegen Carcinom des Oberkiefers, des Siebbeins und des Sinus sphenoid.

Der bösartige Tumor hatte seine Entstehung im Sinus sphenoid. genommen, das Siebbein zerstört und den ganzen Unterkiefer ergriffen. Goris fürchtete für das Leben des Kranken, weil er das Neoplasma mit dem Augenmuskel herausschneiden und bis in den Sinus sphenoid., dessen untere und äussere Wand er resecirte, verfolgen musste. Besonders der letztere Eingriff war gefährlich, wenn man an den innigen Zusammenhang mit dem Nerv. opticus denkt. Trotzdem ist das Sehvermögen intact geblieben.

Broeckaert: Fall von Ozaena, seit mehr als 3 Jahren geheilt mit submucösen Paraffininjectionen.

23jährige Frau, vorgestellt im Jahre 1903 in der belg. otolaryngol. Gesellschaft mit einer atrophischen ozaenatösen, typischen, in 5 Sitzungen mit flüssigen Paraffininjectionen geheilten Coryza. Seit dieser Zeit wurde nicht mehr die geringste Behandlung vorgenommen und trotz des Nichtgebrauchs von Ausspülungen hielt die Heilung an. Keine Krustenbildung, kein übler Geruch, kein Kopfschmerz mehr; der Geruch ist vollständig wiedergekehrt. — B. hat die Mehrzahl der mit Paraffin vor 3—4 Jahren behandelten Kranken wieder gesehen. Bei allen hat das günstige Resultat angehalten ohne jede nachfolgende Behandlung.

Lermoyez (Paris): Die von Broeckaert vorgestellte Kranke bietet ein grosses Interesse in Bezug auf die Pathogenie der Ozaena dar. Dank den Paraffininjectionen ist die Ozaena geheilt und bleibt seit 3 Jahren geheilt, insofern als keine Bildung von Krusten und fötiden Secretionen mehr stattfindet; aber sie bietet ausserdem noch ein wichtiges Factum, nämlich die sehr bemerkenswerthe Weite der Nasenhöhle. Das beweist wieder einmal mehr, dass die Erweiterung der Nasenhöhle nicht die Ursache der Ozaena ist und dass die Paraffininjectionen nicht dadurch wirken, dass sie raumerweiternd sind, wohl aber durch die Modification der Schleimhauternährung, worauf Broeckaert in seinen Arbeiten schon aufmerksam gemacht hat.

Capart sen.: Nasenrachenfibrome.

Vorstellung einer Reihe von Kranken mit Nasenrachenfibromen, gebessert oder geheilt durch Elektrolyse.

Moure (Bordeaux): Die Fälle, welche C. uns soeben vorgestellt hat, bestimmen wieder einmal mehr den Sitz oder die Infectionsstelle fibröser Nasenrachenpolypen. Diese Tumoren inseriren sich in der That nicht, wie die klinischen Autoren schreiben, im Nasopharynx, wohl aber in der einen oder anderen Nasenhöhle. Dieses Factum hat seine Wichtigkeit für die Intervention, insofern als der Gaumenweg besonders geeignet ist für Tumoren, welche in das Cavum hineinragen, während der transmaxillonasale Weg seine Verwendung findet bei Polypen, welche in die Nasenhöhle vorspringen. Endlich ist es interessant, die pathologische Natur dieser Tumoren festsuztellen, um diejenigen, welche recidiviren, unterscheiden zu können von denjenigen, welche die Tendenz haben, zu verschwinden; denn der Operateur darf nie allzusehr auf die Abtragung rechnen, um die Versicherung geben zu können, dass er keinen Rest zu einem Reciv zurückgelassen. Wir wissen nur, dass die Nasenrachenpolypen die Tendenz haben, nach einem gewissen Alter zu verschwinden.

Lermoyez (Paris): Die Recidive der Nasenrachenpolypen hängen mehr von ihrer Structur als der Art und Weise der Operation ab. Diejenigen von jungem Typus, also mit Vorherrschen junger Elemente, selbst wenn sie vollständig operirt sind, recidiviren eher, als die Polypen von fibromatösem Typus mit ausgewachsenen Elementen, selbst wenn sie vollständig operirt sind.

Goris wünscht auf der nächsten Versammlung einen der von Capart vorgestellten Patienten wiederzusehen, da bei demselben noch ein zweifingerdicker,

an der Schädelbasis inserirter Stiel vorhanden sei. Hier liegt die interessante Seite der Methode, da feststeht, dass man selbst nach vollständiger Abkratzung der Insertionsstelle noch Recidive gesehen hat.

Schiffers (Lüttich): Epitheliom des Larynx.

Sch. giebt Nachricht von einem Kranken, von dem er in der Sitzung vom Juni 1904 für Kehlkopfepitheliome charakteristische mikroskopische Präparate vorgelegt hatte: Streng linksseitig unilateralisirter Tumor von der Grösse einer Bohne mit dem klinischen Charakter des Epithelioms. Insertion am inneren Rand der unteren Fläche des Stimmbandes mit Uebergreifen auf die Reg. subglottica. Nach verschiedenen endolaryngealen Eingriffen und angesichts der Recidive wurde dem Kranken die Thyreotomie vorgeschlagen, welche er zurückwies, wenigstens für den Augenblick. Nach neuen Exstirpationsversuchen zeigte sich kein Recidiv mehr, wenigstens bis vor 2 Monaten, als Sch. den Kranken zum letzten Male sah. Er hatte nur noch eine leichte Dysphonie und der Allgemeinzustand war befriedigend.

Parmentier und Fallas (Brüssel): Papillom der Stimmbänder.

6jähriges Kind, welches an intermittirenden dyspnoischen Anfällen mit Rauheit der Stimme und auf Distanz vernehmbarem respiratorischen Geräusch leidet. Beginn vor 4 Monaten nach einer Erkältung. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man über den Stimmbändern im Bereiche der falschen Stimmbänder rothe, polypoide, mamelonnirte sesshafte Wucherungen, welche die Stimmbänder verdecken und die vordere Kehlkopfhöhle verdecken. Bis jetzt wurde noch keine Intervention versucht; die Autoren wollten zuvor die Meinung ihrer Collegen hören.

Beco glaubt nicht, dass es sich um Papillome handle, wohl aber um eine hypertrophische Form von Laryngitis, eingepflanzt auf wahrscheinlich tuberculösem Boden. Eine blutige Intervention scheine ihm von keinem Vortheil zu sein und zieht er locale Caustica und noch besser einfach umstimmende Mittel vor.

Moure ist für Abtragung mit der Zange, gefolgt von Curettage und Cauterisation.

Bayer und Capart sind ebenfalls der Meinung, dass es sich nur um entzündliche Proliferation, aber nicht um wirkliche Papillome handle.

Fallas (Brüssel); Einige Fälle von Kehlkopfstenose.

1. Kehlkopfstenose mit Paralyse des linken Stimmbandes.

20jähriger Mann durchschnitt sich bei einem Selbstmordversuch den Kehlkopf in der Höhe der Membr. cricothyroid. Sorgfältige Naht; der Kranke verliess geheilt das Spital. Jedoch das laryngoskopische Bild war nicht normal: unterhalb des linken Stimmbandes erblickte man einen Vorsprung, welcher in der Folge Erscheinungen von Stenose herbeiführen musste. Der Kranke wurde plötzlich von Suffocationsanfällen befallen, die die Tracheotomie nöthig machten. Die Untersuchung des Kranken in diesem Augenblicke zeigte eine Stenose, herrührend von sich retrahirendem Narbengewebe, welches die linke Kehlkopfseite und das gleichseitige Stimmband in sich einschloss; das rechte Stimmband war in einem paretischen Zustande. Der Verschluss wurde in sehr kurzer Zeit vollständig, während

die rothen, in Adduction befindlichen Stimmbänder den Einblick in die Reg. subglottica verwehrten.

Die Eröffnung des Larynx von aussen zeigte, dass es sich wohl um eine vollständige subglottische Stenose handelte, die zwischen der Glottis und der durch die Tracheotomie gemachten Wunde gelegen ist. Einführung einer langen Canüle, welche von der Membr. cricothyroid. bis unterhalb der Verengerung reicht, und Verschluss des Larynx durch die Naht. Tags darauf musste die den Kranken stark belästigende Canüle entfernt werden, da man Gefahr lief, dass sie sich verlagern werde und das Leben desselben bedrohe. Einführung einer tief gelegenen, gewöhnlichen Canüle. Um endlich eine neue Stenose zu verhüten, wurden mehrere Dilatationssitzungen vermittelst O'Dwyer'schen Intubationsröhre und Schrötter'schen Dilatoren vorgenommen. Diese Versuche waren aber vergeblich und gegenwärtig ist die Stenose wieder da. Es besteht nur noch eine ganz kleine, einige Millimeter betragende Oeffnung, durch welche die Luft streicht, wenn man die Canüle entfernt; die linke Larynxseite ist roth; das unsichtbare Stimmband scheint in der Narbenretraction aufgegangen zu sein, aber die Schleimhaut dieser Wand faltet sich und bildet so eine Art gelegentlichen Stimmbandes, das mit dem wieder vollständig mobil gewordenen rechten Stimmbande in Contact tritt.

Bemerkt muss noch werden, dass während des ersten, auf die Laryngotomie folgenden Tages, die Stimme absolut rein war. Die einzige annehmbare Explication der vorübergehenden rechten Stimmbandparalyse ist Unbeweglichkeit in Folge von Nichtgebrauch. Was das linke Stimmband anbelangt, so ist dasselbe in Narbengewebe eingeschlossen und scheint demnach auf immer verloren zu sein.

Der Autor möchte wissen, ob man eine neue Intervention versuchen soll und eventuell welche und welches Resultat man dabei erzielen dürfte.

2. Subglottischer Abscess, gefolgt von Stenose.

12jähriges Kind wurde mit asphyktischen Erscheinungen ins St. Johannishospital gebracht. Intubationsversuche blieben fruchtlos, daher Tracheotomia intercricothyroidea. Tags darauf beim Verbandwechsel ergoss sich ein Strom Eiter; keine Diphtheritis. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man einen subglottischen Abscess in Form eines Zwerchsacks mit einem Krater unterhalb des linken Stimmbands. Nach Heilung des Abscesses Unmöglichkeit die Canüle zu entfernen. Zahlreiche Dilatationsversuche mit O'Dwyer'schen Röhren und den Boulay-Mandrinen ohne Resultat. Später infiltrirten sich die falschen Stimmbänder und schwollen an, die Glottis und tieferen Gegenden verdeckend. Laryngotomie und Resection der zahlreichen subglottischen Granulationswucherungen und des epidermisirten Narbengewebes. Einführung einer tiefliegenden Canüle. Da die Stenose die Tendenz hatte, sich zu reproduciren, wurde eine neue Reihe von Dilatationsversuchen gemacht, welche definitiv fruchtlos blieben. Patient befindet sich augenblicklich eher besser, wird aber definitiver Canülenträger bleiben.

3. Fall von Kehlkopfstenose, behufs Diagnose.

61jähriger Mann, acquirirt vor 10 Jahren Syphilis, wird rapid aphonisch, ohne Fieber, Schmerz und Husten. Einige Tage später consultirte er Delsaux,

welcher den Kehlkopf infiltrirt und auf der rechten Seite geröthet fand; die Schleimhaut zeigte keine Spur von Ulceration, secernirte aber reichlich Schleimeiter. Trotz aller Medication (Hg., Jodkali etc.) kein besonderes Resultat. Die Beschwerden verminderten sich rechts, setzten sich auch auf die linke Seite fort. Letzten November, also über 1 Jahr seit Beginn der Zufälle im Kehlkopf, stellte sich der Kranke wieder vor mit heftiger Dyspnoe, welche die Tracheotomie erheischte. In diesem Augenblick waren die Stimmbänder infiltrirt, stark geröthet und nur einen ungenügenden Raum für die Respiration zwischen sich lassend. Volumszunahme der ganzen linken Kehlkopfhälfte und Schmerzhaftigkeit beim Berühren. Unter dem Einfluss von Ruhe und feuchtwarmen Einwickelungen besserten sich die acuten Erscheinungen und der Kranke verliess das Spital auf dem Wege ernster Besserung. Die Stimme wurde ziemlich hell, die Anschwellung des Larynx bildete sich zurück und das Allgemeinbefinden hob sich, aber gegen Ende Januar stellten sich unter dem Einflusse einer Erkältung neue Zufälle ein. Der Kranke klagte über Dysphagie, reichliche Salivation, dumpfe Schmerzen im ganzen Kehlkopf, der von neuem ganz bedeutend, hauptsächlich auf Kosten der rechten Seite, an Volumen zugenommen. Der Zustand hat sich gegenwärtig noch verschlimmert, der Kranke verliert den Appetit, schläft schlecht, ist abgemagert, hustet nicht und hat keinen Auswurf; der Allgemeinzustand, obgleich deprimirt, ist nicht allzusehr alterirt. Das laryngoskopische Bild ist sehr schwer zu definiren: die Stimmbänder und Aryknorpel sind verschwunden, markirt von rothem Granulationsgewebe, das den ganzen Larynx mit Einschluss der aryepiglottischen Falte bedeckt. Nirgends entdeckt man eine Lymphdrüsenanschwellung längs des Halses.

In Anbetracht dieser alternativen Besserung und Verschlechterung, des Ueberspringens der Affection von der rechten Seite auf die linke, um später ihre Höhe rechts zu erreichen, wird es schwer, eine sichere Diagnose zu stellen. Zuerst wurde sie für specifisch, dann für krebsig und darauf für tuberculös gehalten. Später neigte man sich zur Chondritis und Perichondritis und scheint es gegenwärtig noch diese letztere Diagnose zu sein, bei welcher man voraussichtlich bleibt.

Schiffers spricht sich für die carcinomatöse Natur der Affection aus.

Capart sen. meint, es handle sich um eine syphilitische Manifestion, obgleich die Mercurialcur allein oder verbunden mit Jod, sogar zu hohen Dosen, ohne Resultat geblieben. Er räth zu massiven, intramusculären Calomelinjectionen; dieselben hätten eine sehr ausgesprochene Wirkung in derartigen Fällen.

Goris ersucht Fallas, die Mitglieder der Gesellschaft über das Resultat, welches die Dilatation der zwei vor diesem Falle vorgestellten Fälle ergeben werde, auf dem Laufenden zu erhalten.

Van Swieten: Fremdkörperextraction aus dem Bronchus durch Tracheotomie.

11jähriges Kind, welches eine kleine Kette mit einem hölzernen Pfeifchen verschluckt hatte. Im gleichen Augenblick war ein Erstickungsanfall aufgetreten. V. Sw. fand das Kind normal athmend, Stimme hell, weder über Beschwerden noch Schmerzen klagend. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erscheint Kehlkopf und Trachea frei. Die Radioskopie ergiebt nichts. Plötzlich tritt von Neuem

Cyanose auf. V. Sw. führte rasch die Tracheotomie aus, welche die Respiration wieder herstellt, aber das Hinderniss nicht beseitigt. Im Trachealrohr von der Glottis bis zu den Bronchien ergab die Untersuchung nichts. Einsetzen einer Canüle; die asphyktischen Erscheinungen wiederholten sich, so dass die Canüle wieder entfernt werden musste. Die Autor reizte nun die Trachealschleimhaut und löste so einen Hustenreiz aus, welcher plötzlich einen Fremdkörper erscheinen liess, der unmittelbar vermittelst einer Zange entfernt wurde.

Naht der Trachea in ihrem unterem Theil, die Canüle wird wieder eingeführt während 48 Stunden wegen des Auftretens eines Hautemphysems. Rasche Wiederherstellung.

IV. Bericht.

Die chirurgische Behandlung von Oesophagusverengerungen.

Berichterstatter: Duchesne (Lüttich).

D. recapitulirt zuerst die für das Verständniss des Gegenstandes nothwendigen anatomischen und physiologischen Kenntnisse, dann geht er auf die Aetiologie der Speiseröhrenverengerungen über. Er unterscheidet 1. solche, welche als Grund Läsionen der benachbarten Organe aufweisen und das Caliber des Oesophagus durch Compression oder durch Fortpflanzung der daneben aufgetretenen Affection auf denselben beeinträchtigen und 2. solche, deren Ursache ihren primitiven Sitz im Oesophagus hat. Zu den Ursachen der 1. Gruppe gehören die Läsionen der Wirbelsäule, gewisse Alterationen der Trachea, Infiltration der Tracheobronchiallymphdrüsen, eitrige Pleuresien, Kröpfe und Schilddrüsentumoren, Aneurysma der Carotis und des Aortenbogens, Phlegmone des Periösophagealbindegewebes, Läsionen das Pericardiums, Carcinom des linken Leberlappens etc.

Die eigentlichen Speiseröhrenverengerungen: alle Krankheiten, welche eine Verschwärung im Oesophagus hervorrufen können, können durch eine fehlerhafte Vernarbung eine Verengerung dieses Organs hervorrufen: Scharlach, Typhus, Variola, seltener die Tuberculose; die Syphilis, besonders die tertiäre; das einfache Speiseröhrengeschwür ist ebenfalls sehr häufig von Narbenstrictur gefolgt; man hat ebenfalls Verengerungen infolge von chronischer Oesophagusentzündung beschrieben. Unter den Tumoren sind zu nennen: das Carcinom; Oesophaguspolypen sind sehr selten. Sehr entwickelte Oesophagusvaricen können ebenfalls die Deglutition beeinträchtigen. Die Mehrzahl von Oesophagusstenosen rühren von Wunden her, hervorgebracht durch längeres Verweilen von Fremdkörpern im Oesophagus oder durch Extractionsversuche, ferner durch äussere Traumen, wie Schiesswunden, und hauptsächlich durch Verbrennungen mit verschluckten heissen oder caustischen Flüssigkeiten. Zur Diagnosestellung giebt es ziemlich viele Hülfsmittel:

Die Untersuchung mit dem Laryngoskop lässt die ganz oben im Oesophagus befindlichen Verengerungen erkennen. Die Digitaluntersuchung gestattet nur die Nachbartheile des Oesophagus zu palpiren. Die Auscultation der Cardia kann nur unvollständigen Aufschluss geben. Das Durchpressgeräusch von Meltzer hört man bei Oesophagusverengerungen nur viel später. Das Verfahren, welches ziemlich exacten Aufschluss giebt, ist der Katheterismus. Die Radiographie und Radio-

skopie sind Mittel, die man nicht ausser Acht lassen darf. Indessen ist es die Oesophagoskopie allein, welche im Stande ist, uns Rechenschaft von allen Elementen der Diagnose zu geben. Kurz gesagt, keines der Mittel lässt sich immer und in allen Fällen anwenden. Dieselben müssen sich häufig gegenseitig ergänzen. Man muss immer vorsichtig sein beim Einführen eines Instruments in den Oesophagus und nie forciren, sonst setzt man sich den schwersten Gefahren aus, denn oberhalb der Verengerung ist das Lumen des Oesophagus häufig vergrössert, dilatirt und die Wand sehr verdünnt. Was die Behandlung anbelangt, so kommt in Betracht:

Die Cauterisation: heut zu Tage beinahe ganz verlassen.

Die Oesophagotomia externa: Dieselbe wird beinahe exclusiv vorgenommen bei Verengerungen des oberen Theils des Oesophagus und ist verbunden entweder mit Dilatation oder Excision der Verengerung. Wenn die Oesophagotomia externa nur die Ernährung des Kranken zur Aufgabe hat, dann ist sie eine Oesophagostomie, Verfahren von Glück, um dem Kranken die Illusion einer normalen Deglutition zu verschaffen. Einige Autoren sind dem Oesophagus vom Pharynx beigekommen. Gefährliche Operation, die nur ausnahmsweise vorgenommen werden wird.

Die Oesophagotomia interna: Leider lassen sich die dafür angegebenen Instrumente, selbst die vollkommensten, nicht in allen Fällen anwenden, da es undurchdringliche Verengerungen giebt, oder solche, die so erscheinen. Die Oesophagoskopie leistet auch hier gute Dienste, weil man unter ihrer Controle die für die Oesophagotomia interna bestimmten Instrumente einführen kann. In gewissen Fällen kann man auch die Radioskopie dazu verwenden. Nach Hartmann existiren derartig harte und dicke Verengerungen, dass man sie nicht mit diesem Verfahren trennen kann, dass es auch nicht ohne Gefahr ist, weil man periösophageale Phlegmone und tödtliche Hämorrhagien danach beobachtet hat. Jedenfalls darf man einen Kranken, an dem die innere Oesophagotomie ausgeübt wurde, nicht sich selbst überlassen, und muss er sich hinterdrein der Vornahme von Dilatationen unterwerfen, welche in der ersten Zeit rasch aufeinander folgen, später seltener vorgenommen werden müssen.

Die Dilatation: Das gewöhnlich angewendete Mittel und das, welches meistens die anderen vervollständigt. Man zieht die progressive und temporäre Dilatation der brüsken und permanenten vor. Man muss die Bougies mit Vorsicht und Schonung einführen, nie forciren; wenn man auf grossen Widerstand stösst, ein feineres Bougie wählen; kommt man nicht durch, so muss man die Oesophagoskopie und Radioskopie zu Hülfe nehmen, nie dem Kranken erlauben, sich die Bougies selbst einzuführen; die Fälle von Perforation des Oesophagus infolge von Katheterismus durch den Arzt sind schon nicht selten! Man soll nicht über 20 bis 22 mm beim Erwachsenen und 15—19 mm beim Kinde hinausgehen.

Die Elektrolyse: Darf nur vorgenommen werden, wenn man sich mit allen Garantien versieht. Einige Tage nachher wird zur Dilatation geschritten.

Die Gastrotomie: Ist bestimmt für undurchdringliche Verengerungen, wenn alle angeführten Mittel sich nicht anwenden lassen. Von der Magenwunde

aus kann man den retrograden Katheterismus vornehmen und die Dilatation von Verengerungen erzielen, denen man von der Wunde aus nicht beikommen konnte.

Cheval glaubt, dass der Autor mehr auf die Gefahren der Methode mit directer Exploration des Oesophagus hätte eingehen müssen. Derselbe preist die radioskopische Untersuchung an, welche ihm augenblicklich zu sehr hintangesetzt erscheint und die doch allen anderen Extractionsmethoden wegen ihrer Gefahrlosigkeit vorausgeschickt werden sollte.

De Stella giebt zu, dass die instrumentale Untersuchung des kranken Oesophagus nicht ohne Gefahr ist; er glaubt aber doch, dass dieser Vorwurf sich nicht gegen das Oesophagoskop richtet, welches immer unter der Controle des Gesichts gehandhabt wird, wohl aber gegen die Ungeschicklichkeit des Operateurs.

Lermoyez citirt einen Fall, bei welchem die Radioskopie nach einer Versuchsmahlzeit einen offenbaren Oesophaguskrebs erkennen liess und wo die Oesophagoskopie die Existenz einer Fissur im unteren Theil des Pharyx mit Oesophagospasmus erwies, daher die Unmöglichkeit, die Speisebissen durchzulassen. Die einfache Cocainisirung der Fissur genügte, die Heilung des Kranken herbeizuführen.

Moure hebt zuerst hervor, dass sich ein leichter Irrthum in dem Bericht Duchesne's eingeschlichen habe, welchen man übrigens bei allen Klassikern wiederfinde, nämlich dass die Oesophaguswände aneinander angelegt sind, wie man gewöhnlich annimmt, während das Gegentheil der Fall ist. Er urgirt darauf den von Lermoyez angeführten Punkt, der die Bedeutung der Oesophagoskopie und ihre unbestrittene Nützlichkeit beweist.

Beco: Wahrscheinlich wurde der Kranke, von dem Lermoyez eben sprach, im wachen Zustande untersucht. Er glaubt, dass man die Untersuchung in der Narkose zu oft vergisst, und ist es wahrscheinlich, dass im vorliegenden Falle die Diagnose einer organischen Stenose hätte aufgegeben werden müssen.

Trétrôp führt behufs Rehabilitirung des Oesophagoskops den Fall eines Säbelschluckers an, der sich in der Ausübung seiner Kunst verletzt hatte; vier Monate lang mit Dilatation behandelt, stellt er sich in Trétrôp's Klinik vor, mit der absoluten Unmöglichkeit, etwas hinunterzuschlucken. Die Oesophagoskopie ergab eine Verengerung 15,5 cm von den Zahnreihen entfernt. Ein feiner Killian'scher Watteträger mit einem in eine Adrenalin-Cocainlösung getauchten Wattetampon überwindet die Verengerung und wird in den Magen gestossen. An demselben Abend konnte der Patient Nahrung zu sich nehmen, die Stenose erschien aber am anderen Tage vollständig wieder. Auf die chirurgische Abtheilung geschickt, wurde er mit der Oesophagotomia externa operirt und erlag einige Tage später. Die Autopsie bestätigte die Richtigkeit des Ergebnisses der Oesophagoskopie und ausserdem noch einen voluminösen Retrooesophageal-Abscess.

Capart jun. stimmt damit überein, die Vorzüglichkeit der Untersuchungsmethoden zu bestätigen, wünscht aber auch die Reihenfolge ihrer Anwendung zu betonen.

Die radioskopische Untersuchung sollte immer der Einführung jedweden Instruments in den Oesophagus vorausgehen.

Man hat kürzlich noch zwei Todesfälle infolge bronchoskopischer Manipulationen bekannt gemacht.

V. Verschiedene Mittheilungen.

Nachmittagssitzung im physiologischen Institut.

Broeckaert (Gent): Normale und pathologische Inclusion von hartem und weichem Paraffin in den Geweben. Lichtprojectionen von mikroskopischen Schnitten.

Der Autor hat an zahlreichen anatomo-pathologischen Präparaten das Schicksal verschiedener zur Prothese verwandter Paraffinpräparate studirt. Er zeigt, wie nach einer mehr oder minder kurzen Zeit Vaseline und weiches Paraffin der Resorption anheimfallen und durch Zellengewebe ersetzt werden. Wenn auch diese Substitution gradweise vor sich geht ohne zu lebhafte Reaction, das entfernte Resultat bleibt gut; wenn aber aus dem einen oder anderen Grunde, sei es im Augenblick der Injection, sei es später, eine neue Reizursache auftritt, so wird die normale, reactionelle Hyperplasie pathologisch und giebt zu mehr oder weniger ernsten Störungen Veranlassung. Zum Belege dieser These zeigt B. mehrere Schnitte, bei welchen Injectionen von Vaselin und weichem Paraffin Pseudotumoren veranlasst hatten, welche morphologische Beziehungen zu gewissen Fibrosarkomen und selbst zu pseudotuberculösem Gewebe zeigten. Man kann indessen nicht von Neoplasie sprechen, weil das ganze reactionelle Gewebe mit einer Transformation in fibröses Gewebe endigt. Das solide Paraffin, wenigstens dasjenige, dessen Schmelzpunkt über 50° liegt, scheint dieser Resorption zu entgehen. Die Paraffinalveolen umgeben sich schliesslich mit compactem, fibrösem Gewebe, das keinen Saum mehr von jungen, auf dem Organisationswege befindlichen Elementen darbietet. Das feste Paraffin von 50° hat demnach unbestreitbare Vorzüge bei der äusseren Prothese gezeigt, da Autor bei 210 Fällen von Nasenprothe keinen einzigen, irgendwie belangreichen Misserfolg zu verzeichnen hat; manche der Resultate halten schon seit mehr als 4 Jahren an.

Derselbe: Ueber die Aetiolögie der Ozaena. (Mit Projection mikroskopischer Schnitte.)

Infolge der Untersuchung einer grossen Anzahl von Ozaenakranken entnommenen Schleimhautschnitten verschiedenen Grades ist B. dahin gelangt, die Ozaena als eine specielle chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, insbesondere der unteren Muscheln, aufzufassen, welche auf die Länge zu einer diffusen Sklerose der Schleimhaut führt. Die wichtigsten Veränderungen sind die Horndegenerescenz der oberen Epithelschichten und die degenerative Alteration der Drüsen der Respirationsschleimhaut. Infolge der Gefässmodificationen treten nutritive Störungen auf, welche auf die Schleimhaut, den Knochen und das Periost zurückwirken. Die Störungen sind viel geringer in der Schleimhaut des Siebbeinsystems, welche bei den vorgeschrittenen Fällen an der Atrophie theilnimmt. Das eingehende histologische Studium der an Ozaena erkrankten Schleimhaut zeigt, dass es sich um eine chronische Toxinfection handelt. Weder die Syphilis noch die Tuberculose können als directe Factoren dieser Affection angesehen werden; dagegen können

Parasyphilis und besonders Paratuberculose diese Toxinfectionen veranlassen, welche speciell auf die Gefässe und Drüsen der Nasenschleimhaut einwirken, wenn gewisse prädisponirende Momente, z. B. die Platyrrhinie, vorhanden sind. Diese Theorie würde erklären, warum so viele Ozaenakranke früher oder später tuberculös werden.

Mahu (Paris): Ueber die Wirksamkeit der Jodkalibehandlung bei der tertiären Syphilis der Nasenhöhlen.

Zahlreiche Fälle von tertiärer Syphilis der Nasenhöhlen, von welchen der Autor zwei charakteristische mittheilt. Der eine ergab ihm bei Mercurialbehandlung absolut kein Resultat, während die Darreichung von Jodkali sofortige Hülfe brachte. Daraus zieht der Autor den Schluss, dass das Jodkali eine ausgesprochene Vorliebe für die tertiären Formen der Nasenhöhle habe; auch glaubt er, dass es immer am Platze sei, von Anfang an die Mischbehandlung vorzunehmen unter Beobachtung folgender Regeln:

1. Das Hg. und das Jodkali getrennt zu verwenden, so dass man die relativen Dosen beider Medicamente variiren kann mit der Tendenz, das Jodkali auf Kosten des Hg. möglichst früh zu forciren.
2. Absolut reines Jodkali zu gebrauchen.
3. Von Anfang an starke Dosen zu reichen: 5, 6, 7 und selbst 8 g.

Delneuville führt einen Fall an, der absolut die Meinung Mahu's bestätigt.

Collet erwähnt einen Fall, bei welchem das Jodkali kein Resultat ergeben hat, während zwei Injectionen von Hg. salicyl. genügten, um eine unmittelbare Besserung herbeizuführen.

Texier (Nantes): Käsige Maxillarsinusiten.

Die kürzliche Mittheilung Luc's in der französ. laryngol. Gesellschaft über die Spontanheilung der Antritis maxillaris durch Caseification des Eiters hat den Autor veranlasst, die Symptomatologie und die Diagnose dieser Affection zu studiren an der Hand der veröffentlichten Fälle, seiner eigenen Beobachtungen und endlich nach einigen ihm von Moure überlassenen Fällen.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass es zwei Formen von käsiger Antritis maxillaris giebt. Eine leichtere, vergleichbar mit den chronischen Maxillarsinusiten dentären oder nasalen Ursprungs; die andere, schwere Form präsentirt sich mit dem Charakter einer bösartigen Geschwulst oder einer tertiären syphilitischen Läsion des Sinus. Während bei der ersteren Form einige Ausspülungen durch den Sinus hindurch genügen, um die Heilung herbeizuführen, ist das nicht der Fall mit der schweren Form, welche eine rapide und energische Behandlung erheischt, wenn man die Bildung nasaler Cholesteatome, die die Nasenhöhle deformiren und die Sinuswände fistuliren, verhindern will. Der Autor führt drei Beobachtungen von dieser schweren Form an, die sich durch den ekelerregenden Geruch der Secrete, die Anwesenheit von käsigen Massen in der Nasenhöhle und hauptsächlich durch eine ausserordentlich ausgesprochene Opacität des Sinus bei der Diaphanoskopie charakterisirten.

Die Behandlung besteht in Ausspülungen und in einigen Fällen kann es zur Radicalcur kommen.

Boulay (Paris) ist der gleichen Meinung wie Texier; er glaubt, dass nicht alle käsigen Sinusiten gutartiger Natur sind und folglich nicht durch Ausspülungen zur Heilung gelangen. Er führt einen Fall an, bei welchem Fieber und schwere Gehirnsymptome bestanden. Die Operation entleerte aus dem Sinus maxill. und dem Siebbein infectiöse, käsige Massen und während einiger Tage schwebte das Leben des Kranken in Gefahr. Der Fall kam jedoch zur Heilung.

Beco (Lüttich): Fibro-sarco-enchodromatöser Nasopharyngeal-polyp. Exstirpation. Collaps. Tod.

Junger, $15^1/_2$jähriger Patient, zuerst im Jahre 1904, dann 1905 der Gesellschaft vorgestellt, ist Träger einer sessilen, die linke Cavumhälfte einnehmenden und die linke Nasenhöhle verstopfenden Geschwulst. Fruchtlose Ausrottungsversuche auf natürlichem Wege; zahlreiche elektrolytische Sitzungen mit hohen Strömen; Abnahme des Neoplasmas an den Angriffsstellen, aber Fortschritt an der Peripherie. Exophthalmus, Deformation der entsprechenden Gesichtshälfte. Operation vom Gesicht aus mit Beihülfe eines Chirurgen vom Fach angesichts befürchteter Schwierigkeiten bei der Ausrottung. Nélaton'sche Incision, Lospräpariren der Wange, Exstirpation der Facial-, Temporal- und Pterygo-maxillarverzweigungen. Der zuerst eingeschlagene Sinusomaxillarweg wurde als unzulänglich für die Entfernung der Basis der Geschwulst verlassen und zur vollständigen und definitiven Resection des Oberkiefers übergegangen. Schwierigkeiten bei der Entfernung des Tumors, welcher beinahe der ganzen Oberfläche des Cavum anhaftete; keine anderen operativen Zufälle, als die gewöhnlichen, für die Narkose und momentane Respirationshemmungen nothwendigen Pausen.

Tod im Collaps einige Stunden nach der Operation.

Der Autor ist Anhänger der Extraction auf natürlichem Wege, wenn es möglich ist; anders empfiehlt er die Elektrolyse mit hohen Strömen. Reicht diese nicht aus, dann muss man den Tumor an seiner Basis durch das Gesicht hindurch attackiren. B. zieht den Sinusonasalweg vor, welchen die Specialisten ersonnen haben, oder auch die temporäre Resection des Oberkiefers. Wenn nöthig und besonders wenn der Tumor bösartige, histologische Elemente in sich schliesst, soll man nicht zaudern, den Kiefer zu öffnen. B. hält das Vorausschicken der Tracheotomie für vortheilhaft, weil diese die Narkose und Respiration sicher stellt und so auch mehr Aussicht auf Erfolg gewährt.

Merckx (Brüssel): Meningitis infolge von Entfernung eines Polypen der mittleren Muschel.

Eine ziemlich bejahrte Kranke leidet seit einer Reihe von Jahren an einer Ethmoiditis und doppelten Sinusitis frontalis und hatte schon vor mehreren Jahren eine Reihe Nasenpolypenexstirpationen durchgemacht; dieselbe klagt über eine persistirende Cephalalgie, welche schon seit einigen Wochen sehr intensiv geworden, und von Zeit zu Zeit über Fieberanfälle. Ausserdem hat dieselbe eine stark belastete pathologische Vergangenheit.

Die einzige Intervention besteht in der Entfernung einer wuchernden, den Kopf der rechten mittleren Muschel einnehmenden Masse mit der Grünwald'schen Zange. Der entfernte Polyp hat das Volumen einer kleinen Bohne und war an

einer dünnen Muschelschuppe inserirt. Kein weiterer Zufall, als dass die Kranke eine Haemophile ist und man trotz der Gutartigkeit der Operation die Tamponade vornehmen musste. Tags darauf kommt die Kranke zurück, um sich den Tampon entfernen zu lassen; nichts Besonderes zu bemerken. Im Laufe des Tages treten 2—3 Brechanfälle auf. Am 3. Tage stellt sich Fieber von 39° ein mit Pulsbeschleunigung, begleitet von intensivem Hinterhauptsschmerz. Normale Pupillen, intacte Intelligenz. Am Abend wird das Sensorium benommen und die Kranke verfällt progressiv in Collaps. Erweiterte, aber gleiche Pupillen, keine Localisationserscheinungen. Am 4. Tage wird die Respiration wegen Lungenstenose schwer. Temperatur von 39—40°. Puls im Verhältniss zur Temperatur. Der tödtliche Ausgang tritt am Ende der Nacht ein infolge der Verschlimmerung der Lungenerscheinungen.

Discussion:

Cheval glaubt Merckx nicht, dass die Kranke schon seit einiger Zeit an Meningitis laborirte.

Merckx ist dieser Ansicht. Er stützt sich auf die Cephalalgie, das Fieber und gewisse flüchtige Alterationen des Habitus, Charakters und Humors, welche die Angehörigen schon einige Wochen vor der Intervention bemerkt hatten.

Broeckaert (Gent): Ein Fall von Pseudoleukämie, die sogen. Mikulicz'sche Krankheit vortäuschend.

Man giebt den Namen Miculicz'sche Krankheit einer lymphomatösen Hyperplasie der Speichel- und Thränendrüsen. Im vorliegenden Falle waren symmetrische Tumoren vorhanden von Taubeneigrösse im Niveau der Submaxillardrüsen und zwei birnenförmige Tumoren der Sublingualdrüsen. Auf dem Gaumengewölbe befand sich ein Tumor, der die ganze rechte Seite desselben einnahm und sich nach hinten bis an das Gaumensegel erstreckte. Eine maligne Masse, nur kleiner, nahm das vordere Segment des Gaumensegels ein. Die Blutanalyse liess Leukämie ausschliessen, aber das Vorhandensein einer Splenomegalie und einer grossen Lymphdrüsenmasse im Mediastinum, sichtbar auf dem radiographischen Schirm, führte dazu, das Mikulicz'sche Symptom als zur Pseudoleukämie gehörig zu betrachten. Vom histologischen Standpunkt aus stellen sich die lymphomatösen Tumoren als Hyperplasien präexstirender, lymphoider Kerne mit Wucherung lymphoider, die Drüsenacini verdrängender Zellen dar.

Bouyer jun. (Canterets): Rachenhyperästhesie und -Parästhesie.

Erinnernd an die von ihm im Journal de médecine de Bordeaux im December 1905 veröffentlichte Studie über Pharyngoparästhesie dringt Autor auf die Nothwendigkeit, die Kranken in zwei Kategorien zu theilen, je nachdem sie eine objective Verminderung der Sensibilität ihrer Halsschleimhaut oder im Gegentheil ein Ansteigen derselben zeigen. Vom klinischen Standpunkt aus differiren die subjectiven Symptome. Der Hyperästhesiker klagt über Schmerzen, der Hypästhesiker mehr über Deglutitionsbeschwerden und Fremdkörpergefühl.

Vom localen therapeutischen Standpunkt ist der Unterschied ein capitaler. Man muss sorgsam reizende Topica (Jod- und Menthol-Glycerin, Chlorcyankal.)

bei Hyperäthesikern vermeiden und denselben Cocain und Bromlösungen reserviren, während man bei den Hypästhesikern verzichten muss auf letztere Medicamente, welche das Gefühl von Constriction vermehren und vor allem excitirende Topica, wie Menthol, Jodglycerin, Localelektrisation etc., verwenden.

Trétrôp (Antwerpen): Maxillarsinusiten und Osteomyeliten.

Eine erste Betrachtung bezieht sich auf eine nach dem Verfahren von Caldwell-Luc im letzten November an einer mit Suborbitalphlegmone und eitriger Mittelohrentzündung complicirten fungösen Maxillarsinusitis operirten Kranken. $1^1/_2$ Monate später zeigte sie Symptome von Osteomyelitis der vorderen äusseren Kieferwand mit Fistelbildung nach dem Munde und oberhalb der Orbita. Die Hemidecortication nach dem Verfahren von Rouge sollte vorgenommen werden, als es dem Autor gelang, unter Cocainanästhesie vom Munde aus grosse nekrotische Knochenfragmente zu entfernen. Die Fisteln schlossen sich schnell und jede Secretion hörte auf. Heilung ohne alle Gesichtsdeformation.

Der andere Fall betrifft ein Mädchen mit Osteomyelititis des linken Unterkiefers und Ausfluss aus der Nase. T. behandelte sie durch Ausdrücken mit nachfolgendem Verband mit Liquor van Swieten.

T. glaubt mit Lubet-Barbon und Furet, dass die für die Operation dieser Fälle der Gingivolabialweg der geeignete sei. Man beginne damit, die Fisteln mit Sauerstoffwasser zu irrigiren, darauf nehme man die Curettage der Wände vor, löse die Sequester und entferne sie zum Schluss. Im Falle eines sich einstellenden Misserfolges ist die Hemidecortication des Gesichts vorzunehmen.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Betrachtungen über die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.

Die Erfahrung des Autors ist ziemlich reich, da sie sich auf 95 Operationen nach Killian erstreckt. Er ist der Ansicht, dass man keine Zeit damit verlieren müsse, das Speculum einzuführen und die Operation vorzunehmen. Die Adrenalinlösung genüge hinlänglich, man sieht und kann sicher operiren. Das Instrumentarium ist im Grunde beschränkt; es ist zweckmässiger, dass jedes der zur Verwendung kommenden Instrumente seinen eigenen Handgriff habe. Die Localanästhesie genügt in der Regel. 95 Operationen wurden so ausgeführt; 6mal nur musste er zur Narkose schreiten. Diese complicirt eher die Operation, besonders wenn es sich um bedeutende Deviationen handelt. Der Autor, übereinstimmend mit der von Capart auf der letzten Versammlung der französischen otolaryngol. Gesellschaft ausgesprochenen Meinung, billigt nicht die Anschauung Lermoyez's und Lubet-Barbon's in Bezug auf die chirurgische Perforation des Septums. Er erwähnt den Uebelstand, Nasenscheidewandoperationen bei verschiedenen Sinusiten vorzunehmen. Kurz, der Autor empfiehlt die submucöse Resection bei Fällen von ein wenig bedeutenderen Vorsprüngen.

De Pouthière (Charleroi): Pseudomembranöse Rhinitis.

Man sieht manchmal Nasenverschluss, häufig einseitig, begleitet von Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit, Kopfschmerz und Nieskrämpfen auftreten. Untersucht man die Nasenhöhle, so findet man die Schleimhaut geschwollen, mit rothem

Exsudat bedeckt und in Schleimeiter gebadet. Das Cavum ist gewöhnlich frei; die Choane nimmt übrigens Antheil an dem pseudomembranösen Process. Dieser Zustand dauert nur einige Tage, bis spontan oder durch Niesen oder Schneuzen eine blutige Pseudomembran in Masse ausgestossen wird, während der Kranke zu gleicher Zeit ein zerreissendes Gefühl empfindet. Von da an ist die Durchgängigkeit der Nase wieder hergestellt und alles kommt in einigen Tagen wenigstens subjectiv in Ordnung. In diesem Augenblick erscheint die Schleimhaut oberflächlich ulcerirt; es ist noch etwas Hypersecretion vorhanden, aber keine falsche Membran mehr; in letzterer konnte man weder wahre noch falsche Löffler'sche Bacillen, wohl aber Streptokokken und besonders Pneumokokken auffinden.

Montag, 11. Juni 1906.

Excursion in das Land der Kohlen, organisirt von dem verehrten Präsidenten. Er führte die Oto-Laryngologen in die Geheimnisse der unterirdischen Kohlenwelt ein und nach Rückkehr derselben an das Tageslicht erwartete sie ein herrliches Fest. Allen Theilnehmern ein unvergesslicher, lehrreicher und vergnügter Tag! Bayer.

---

d) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 19. Mai 1906

in der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Leipzig.

Vorsitzender: Barth.

Preysing stellt eine Reihe von ihm operirter Fälle vor:

a) Zwei Patientinnen, bei welchen durch Aufklappen der Nase und Eröffnen aller Höhlen bösartige Tumoren entfernt sind.

Vortragender pflegt in solchen Fällen nach eigener Methode erst durch einen Horizontalschnitt durch beide Augenbrauen beide Stirnhöhlen zu eröffnen, daran anschliessend durch einen Verticalschnitt über den Nasenrücken das Nasengerüst vollständig aufzuklappen und dann alle Höhlen, auch die nicht erkrankten, auszuräumen, welche bei der Tamponade in der Nachbehandlung doch leicht miterkranken.

In dem ersten Falle ist ein Sarkom des Septums entfernt, sofort die Operationswunde vernäht und ohne entstellende Narben schön verheilt. 2 Jahre recidivfrei.

Im zweiten Falle bestand ein grosses, vom rechten Siebbein ausgehendes scirrhöses Carcinom. Die Wunde wurde nur zum Theil geschlossen, da der Tumor schon so gross war, dass Recidive erwartet wurden. Bis jetzt 8 Monate recidivfrei.

b) Ein junger Mann, bei welchem ein chronisches Empyem der rechten Oberkieferhöhle von der Orbita her vor 3 Monaten eröffnet wurde.

c) Zwei Kinder, welche wegen Orbitalabscess und Siebbeinnekrose nach Scharlach vor $^3/_4$ Jahren operirt sind, ausgeheilt. Die Fälle werden an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht.

d) Eine Reihe von Patienten, bei welchen retro-auriculäre Oeffnungen durch Paraffininjectionen oder durch eine eigene, an anderer Stelle zu veröffentlichende Plastik geschlossen sind.

e) Einen Patienten, bei welchem Vortragender vor $1^1/_4$ Jahren wegen Carcinom die Totalexstirpation des Kehlkopfes vorgenommen hat. Bisher recidivfrei. Der künstliche Kehlkopf des Patienten wird vorgezeigt.

Kindervater demonstrirt eine nach seiner Angabe präparirte Wolle zum Verschluss des Gehörganges; bei Entzündungen und Eiterungen des Ohres nicht zu benutzen.

Danach beschliesst die Gesellschaft ihre officielle Theilnahme an dem internationalen laryngologischen Congress zu Wien im Jahre 1908, sowie dem neu gegründeten Verein zur Fürsorge für Taubstumme im Königreich Sachsen als Mitglied beizutreten. Die anwesenden Leipziger Mitglieder fassen den einstimmigen Beschluss, die Deutsche otologische Gesellschaft nach Leipzig einzuladen.

Barth (Leipzig).

III. Briefkasten.

Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag.

Am 17. November d. J. vollendet Bernhard Fränkel sein 70. Lebensjahr. Zur Feier dieses Tages veranstalten seine Assistenten eine Ausstellung, die einen Ueberblick über die Entwickelung der Rhinologie und Laryngologie gewähren und in der Zeit vom 17. bis 30. November im Kaiserin-Friedrich-Hause stattfinden soll. Die Ausstellung wird folgende Gruppen enthalten:

I. Laryngoskopie und Rhinoskopie:
- **a) Untersuchungsinstrumente,**
- **b) Beleuchtung,**
- **c) sonstige technische Hülfsmittel.**

II. Localtherapie:
- **a) operative:**
  - **α) schneidende Instrumente u. s. w., β) elektrische,**
- **b) medicamentöse (Instrumente zum Einblasen, Pinseln u. s. w.)**

III. Bibliographie.

IV. Unterricht:
- **a) Lehrmittel,**
  - **α) Präparate: 1. anatomische, 2. pathologische, β) Abbildungen,**
  - **γ) Apparate und Instrumente zum Unterricht,**
- **b) Lehrinstitute.**

Die Veranstalter der Ausstellung (Edm. Meyer, A. Alexander, Stabsarzt Börger, Georg Finder) ersuchen uns, hiermit an die verehrlichen Fachgenossen die Bitte zu richten, ein Verzeichniss der Objecte, die ihnen für die Ausstellung geeignet erscheinen und die sie geneigt sind, für diesen Zweck zu überlassen, einem der genannten Herren zu übersenden, die Gegenstände aber baldmöglichst mit der Bezeichnung: „Für die B. Fränkel-Ausstellung" an das Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin, zu schicken.

Die Redaction.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, November. 1906. No. 11.

I. Zum 70. Geburtstage Bernhard Fränkel's.

Am 17. November dieses Jahres feiert Bernhard Fränkel seinen 70. Geburtstag. Zur Feier des Gedenktages rüsten sich die Laryngologen aller Nationen. Unter den Glückwünschenden darf das internationale Centralblatt für Laryngologie nicht fehlen. Denn von seiner Gründung an hat der Jubilar Jahre lang zu seinen ständigen Mitarbeitern gehört und auch, als ihn Zunahme anderweitiger Verpflichtungen zwang, aus dem Kreise der ständigen Mitarbeiter auszuscheiden, unserem Blatte sein freundliches Interesse bis zum heutigen Tage bewahrt. So wünschen wir ihm denn von Herzen, was alle Fachgenossen, was seine Freunde, was viele weitere Kreise ihm wünschen: dass er noch viele Jahre thätigen Schaffens in bester Gesundheit verleben, und dass ihm dann ein langes glückliches otium cum dignitate beschieden sein möge, während dessen er mit Genugthuung auf das von ihm Angestrebte und Erreichte zurückblicken können wird! —

So lange ein Mann in vollster Rüstigkeit inmitten des Weltgetriebes steht, ist der Augenblick nicht gekommen, die Summe seiner Lebensthätigkeit zu ziehen. Aber an einem Gedenktage wie dem bevorstehenden darf daran erinnert werden, wie viel unsere Specialität dem Jubilar verdankt. Nicht allein als Forscher, als Schriftsteller und Lehrer steht Bernhard Fränkel in der ersten Reihe der Laryngologen. Wir danken ihm die Schöpfung der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, des Archiv's für Laryngologie, das sich vom Augenblicke seiner Begründung bis zu dieser Stunde den Charakter einer wahrhaft vornehmen Sammelstelle für Originalartikel werthvollster Natur zu bewahren gewusst hat, und der mustergültigen Klinik und Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten an der Universität Berlin. Für die staatliche Hebung und officielle Anerkennung der Laryngo-Rhinologie in Preussen ist Bernhard Fränkel eingetreten, wie kein zweiter; für die würdige Stellung unserer Specialität bei nationalen und internationalen medicinischen Zusammenkünften hat er seit einem Vierteljahrhundert treu und unverzagt gekämpft. — Ueber den engeren Rahmen unserer Specialität hinaus wirkt er unermüdlich nach allen Richtungen hin zur Lösung der grossen Tuberculosefrage. Das Heimstättenwesen hat niemandem mehr zu danken als ihm.

Es ist nur ein flüchtiger Ueberblick über eine reiche Thätigkeit, der in den vorstehenden Zeilen gegeben ist. Aber er dürfte genügen, um zu zeigen, wieviel wir Laryngologen Bernhard Fränkel zu danken haben, und mit welcher Wärme und Herzlichkeit wir ihm eine lange Fortdauer seines erspriesslichen Wirkens und seines gesegneten Lebens in bester Gesundheit wünschen!

Das walte Gott!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **D. Bertelli. Untersuchungen über vergleichende Anatomie und Embryologie des Respirationsapparates der Wirbelthiere. (Ricerche di anatomia comparata e di embriologia sull'apparocchio respiratorio dei Vertebrati: nota prev. tertia.)** *Atti e Mem. Accad. Padova. Vol. 21. Anno 1904/5. S. 2.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

2) **E. Aron. Weiteres zur Mechanik der Expectoration.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 197.*

Es ist nicht vor allen Dingen der intrapulmonäre Druck beim Husten, welcher Secretmassen aus den blinden Bronchialendigungen herausbefördert, sondern man hat diese Kraft vielmehr in dem intrapleuralen Drucke zu suchen, welcher beim Husten exspiratorisch nach Sprengung des Glottisschlusses auf die Lungensubstanz und ihren etwaigen Inhalt comprimirend bezw. exprimirend einwirkt.

J. KATZENSTEIN.

3) **J. v. Bókay** (Budapest). **Neuere Erfahrungen mit dem Moser'schen polyvalenten Scharlachserum. (Ujabb tapasztalataim a Moser félo polyvalens vörheny serumril.)** *Orvosi Hetilap Gyermekgyógyászat. No. 3. 1905.*

Verf. gewann den Eindruck, dass die Auffassung von Moser und Escherich, dass dieses Serum auf den Verlauf des Scharlach eine antitoxische Heilwirkung ausübt, richtig ist. Diese Heilwirkung steht in keiner Verbindung mit dem Umstande, dass eine grössere Menge von Pferdeserum dem Körper einverleibt wird. Die sehr interessanten Details müssen im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Boulay** und **Heckel. Ursprung der menschlichen Lungentuberculose von Nase und Rachen. (Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire humaine.)** *Arch. intern. de laryng. et d'otologie. No. II—III. 1906.*

Nachdem Verff. die verschiedenen Theorien über den Ursprung der menschlichen Lungentuberculose auseinandergesetzt und erörtert haben, erklären sie sich für Anhänger der Ansicht, nach der die Tuberculose auf dem Wege von Nase und Rachen über die cervicalen und mediastinalen Lymphdrüsen sich zu den Lungen ausbreite. Für diese Ansicht sprächen sowohl die experimentellen wie die klinischen Erfahrungen. Die beste Prophylaxe der Lungenschwindsucht bestände daher

in sorgfältiger Beachtung und Behandlung aller acuten und chronischen Erkrankungen der Nasenhöhlen, des Rachens und der Mandeln besonders im Kindesalter.

E. J. MOURE.

5) **Beitzke** (Berlin). **Ueber den Weg der Tuberkelbacillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Verf. hat Studien an tuberculösen Kinderleichen vorgenommen, die ihm ergaben, dass „die Eintrittspforte bei der Lungentuberculose der Kinder in der Regel in der Lunge bezw. im Bronchialbaum selbst" liegen müsse und nicht durch die Lymphbahnen der Mund- und Rachenhöhle eintrete. Eine ausführliche Veröffentlichung über den Gegenstand wird angekündigt. ALBANUS (ZARNIKO).

6) **C. G. Hogy. Ein Fall von schwerer Myasthenie in Beziehung zu krankhaften Zuständen an Auge und Hals. (A case of myasthenia gravis in relation to eye and throat conditions.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1906.*

Pat. war ein 24jähriges Mädchen, das anfangs über leichte Beschwerden beim Schlucken klagte. Sie hatte vorher an Attaken von Angina gelitten, die aber nach Entfernung der hyperplasirten Tonsillen aufgehört hatten. Die Schluckbeschwerden nahmen zu; Flüssigkeiten regurgirten durch die Nase; es trat Accommodationsschwäche auf, sowie eine Atonie der Spanner und Adductoren der Stimmbänder. Der Verdacht auf Diphtherie musste fallen gelassen werden. Zwei Monate später hatten sich die Symptome verschlechtert; es bestand Lähmung einiger Gesichts- und Augenmuskeln. Diese Lähmung verschwand zeitweise für ein bis zwei Tage, um dann wiederzukehren. Ueberhaupt war die Abwechselung zwischen Perioden der Verschlechterung und des Nachlassens aller Symptome charakteristisch für den Fall. Schliesslich trat auch Dyspnoe auf und das Schlucken wurde unmöglich. Ein Versuch, durch das Schlundrohr zn ernähren, gab Anlass zu den alarmirendsten Erstickungserscheinungen, so dass davon Abstand genommen werden musste. Pat. starb ungefähr 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome.

A. J. BRADY.

7) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die bakteriologische und die klinische Diagnose bei den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. 1905.*

Aus einem Material von 40 Fällen von Rhinitis fibrinosa und 127 Fällen von Pharyngitis fibrinosa, die alle klinisch und bakteriologisch untersucht wurden, kommt der Autor zu folgenden Resultaten:

Drei Viertel aller Fälle von Rhinitis fibrinosa zeigten Diphtheriebacillen. „Allgemeinerscheinungen und Fieber fehlten gleichfalls bei etwa drei Viertel aller Fälle, und zwar bei denen mit Diphtheriebacillen ebenso wie bei denen ohne."

Bei der Pharyngitis fibrinosa (127 Fälle) konnte klinisch in 100 Fällen übereinstimmend mit dem bakteriologischen Resultat die Diagnose gestellt werden auf Grund der localen Erscheinungen (Ausdehnung, Sitz, Art der Beläge), im Gegensatz zu den fibrinösen Erkrankungen der Nase, wo solche Anhaltspunkte fehlen.

Von den fibrinösen Entzündungen des Halses waren noch nicht einmal die Hälfte diphtherischer Natur.

Da Verf. in einem bestimmten Zeitraum, noch dazu in einem Ambulatorium, wo mehr Nasen- als Halskranke behandelt werden, 127 fibrinöse Entzündungen des Halses, aber nur 40 der Nase beobachten konnte, von ersteren aber nur 44 pCt., von letzteren 72 pCt. diphtherischer Natur waren, so schliesst er daraus, dass „die Nasendiphtherie nur deshalb seltener als die Halsdiphtherie ist, weil die fibrinöse Entzündung als solche in der Nase seltener ist, als die des Halses“ und weiter, „dass unter den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege die der Nase relativ häufiger diphtherischer Natur sind, wie die des Halses“, indem er dem positiven Befund von Diphtheriebacillen auch bei der Bildung der Membranen ätiologische Bedeutung zumisst.

„Nur etwa die Hälfte aller fibrinösen Halsentzündungen überhaupt ist von Allgemeinerscheinungen begleitet“ und „diphtherische Halsentzündungen bieten sie nicht häufiger als nicht diphtherische“.

Verf. möchte nur da die specifische Serumtherapie vorgenommen wissen, „wo die klinischen Erscheinungen in Uebereinstimmung mit dem Resultate der bakteriologischen Untersuchung hierzu auffordern“. ALBANUS (ZARNIKO).

8) **A. Brown Kelly. Multiple Teleangiectasien auf der Haut und den Schleimhäuten der Nase und des Mundes. (Multiple teloangiectases of the skin and muceus membranes of the nose and mouth.)** *Glasgow Medical Journal. Juni 1906.*

Die Arbeit des Verf.'s stellt einen wichtigen Beitrag zu der spärlichen Literatur über diesen Gegenstand dar. Es werden im Detail zwei Fälle mitgetheilt, die Verf. bei zwei Schwestern beobachtet hat. Bei beiden bestand Neigung zu Epistaxis, was auch bei anderen Mitgliedern der Fall war. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die bisher über dieses Thema erschienenen Arbeiten.

A. LOGAN TURNER.

9) **Franz. Argyrose.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1906.*

Durch lange Zeit fortgesetzte Pinselungen des Rachens mit Argent. nitric. trat eine hochgradige Argyrose an der Haut des Gesichtes, der vorderen Brustfläche, an den Händen und der Schleimhaut des Mundes auf. CHIARI-HANSZEL.

10) **T. R. Bradshaw. Bemerkungen über zwei Fälle von Compression in den Luftwegen. (Notes of two cases of pressure on the air passages.)** *Liverpool Medical Chirurgical Journal. Januar 1906.*

In beiden Fällen schien Vergrösserung der Lymphdrüsen die Ursache für eine Compression der Trachea zu sein. In einem Falle handelte es sich um eine lymphatische Leukocytaemie; in dem anderen hatte sich eine Eiterung der cervicalen Lymphdrüsen auf die Lymphdrüsen der Brusthöhle ausgebreitet.

A. LOGAN TURNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **B. Panzer. Primäre Tuberculose der Nasenschleimhaut.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 7. 1906.*

Vorstellung eines Knaben mit ulceröser Tuberculose der rechten Seite des Septum cartilagineum. Es werden Tuberkulininjectionen versucht werden.

CHIARI.

12) **Onodi. Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.** *Orvosi Hetilap. No. 1.*

Bei dem 60jährigen Kranken war auf der linken Seite der knorpeligen Nasenscheidewand ein solider Tumor sichtbar, welcher, scharf umschrieben, 5 mm hoch hervorragte. Aufschlitzung der Nasenhälfte; das linke Nasenbein und der Processus frontalis des Oberkiefers derselben Seite wird temporär resecirt und umgelegt, der erkrankte Theil der Scheidewand und der unterste Theil des linken Nasensenbeines entfernt. Heilung per primam. O. sah den Kranken nach einem Jahre; derselbe blieb ganz gesund, auch die Lungen intact. Die histologische Untersuchung ergab Tuberculose. (Der resecirte Theil der Nasenscheidewand war 30 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick.)

v. NAVRATIL.

13) **Rossi-Marcelli. Tuberculem der Nase. (Tuberculoma nasale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Verf. berichtet über eine 25jährige Patientin mit beiderseitiger Nasenverstopfung; beide Nasenlöcher sind obstruirt durch rothe Tumoren mit glatter Oberfläche. Man dachte zuerst an ein Hämatom des Septums. Ein Einschnitt brachte jedoch keinen Eiter zu Tage. Dagegen gelang die Abtragung beider Tumoren mit der Schlinge. Der Ausgangspunkt der Geschwulstbildung war das knorpelige Septum. Pat. hat als Kind eine Adenitis cervicalis gehabt; sie ist kyphotisch. Die Untersuchung aller Organe ergiebt jedoch einen negativen Befund. Ein Stückchen des entfernten Tumors wird einem Kaninchen in die vordere Augenkammer implantirt; es entwickelt sich eine klassische, histologisch und bakterioskopisch nachweisbare Cornealtuberculose. In den von dem Tumor angefertigten mikroskopischen Schnitten liess sich ebenfalls der Koch'sche Bacillus nachweisen. Das bemerkenswertheste ist das bilaterale Vorkommen der Tuberculose an correspondirenden Stellen des Septums.

FINDER.

14) **Pacyna. Ein Fall von seltener Localisation eines primärem syphilitischen Geschwüres. (Przypadek rzadkiej siedriby kilowego wrzodu pierwotnego.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1906.*

Verf. beschreibt einen Fall von primärem luetischen Geschwür, localisirt auf der inneren Seite des linken Nasenflügels.

A v. SOKOLOWSKI.

15) **Lieven** (Aachen). **Beitrag zur Kenntniss der gummösen Nasensyphilis.** *Dermatol. Centralbl. 8. September 1906.*

Die zwei von Lieven mitgetheilten Fälle betrafen Männer im Alter von 34 resp. 29 Jahren, bei welchen neben einer minimalen Rauhigkeit am Nasenboden

Lockerung eines einzelnen Zahnes sich fand. Lieven hebt die Wichtigkeit der Untersuchung der Zähne hervor bei specifischer Affection am Nasenboden, weil man in ähnlichen Fällen in die Lage kommt, bereits frühzeitig die Betheiligung der alveolaren Partien des Oberkiefers zu erkennen. SEIFERT.

16) **Löb** (Steinbach). **Die extragenitale Syphilisinfection, speciell der Primäraffect der Nase.** *Dissert. Würzburg 1906.*

In ausführlicher Weise und unter eingehender Berücksichtigung der Literatur (249 Fälle) bespricht Löb die extragenitalen Primäraffecte der Nase. Die Literaturnotizen finden sich in Tabellen übersichtlich dargestellt. Aus der Klientel des Referenten fügt er einen Fall bei, in welchem es sich um einen Studenten mit einem syphilitischen Primäraffect am Boden der rechten Nase und auf den angrenzenden Theil des Septum übergehend handelte. Das specische Geschwür war längere Zeit für ein tuberculöses gehalten worden, bis ein specifisches Exanthem zur richtigen Diagnose führte. SEIFERT.

17) **J. D. Rolleston** (London). **Ein Fall von intranasalem Schanker, der eine Nasendiphtherie vortäuscht. (A case of intranasal chancre simulating nasal diphtheria.)** *Lancet. p. 1682. London 1906.*

Pat. hatte ein Geschwür mit fibrinöser Auflagerung am rechten Nasenflügel. Es bestand eine polymorphe Hautaffection, sowie Schwellung der submaxillaren und sterno-mastoiden Drüsen. Unter Hg.-Behandlung besserte sich der Zustand erheblich. Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Frage der extragenitalen primären Syphilisinfection, sowie die diphtheroiden Symptome in diesem Fall und erörtert die in der Literatur niedergelegten Fälle. JAMES DONELAN.

18) **C. Stein** (Wien). **Ein Fall von angeborener diaphragmaartiger Membranbildung im Nasenrachenraume.** *Wiener klin. Rundschau. No. 42. 1905.*

28jähriger Mann kam wegen Schwerhörigkeit zur Behandlung. Von Seiten der Nase und des Rachens keinerlei Beschwerden. Hinter beiden Choanalöffnungen findet sich eine straffe membranöse Scheidewand, welche den Choanen entsprechend zwei kleine ovale Oeffnungen aufweist. Für Lues und Sklerom kein Anhaltspunkt. CHIARI.

19) **Vallentin** (Berlin). **Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 79. 1906.*

Bei einem 20jährigen Mädchen etablirte sich die Lues maligna gleich von Anfang als gummöse Ulceration im Halse und behielt diese Localisation unter immer neuen periodischen Nachschüben am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand während einer ununterbrochenen Andauer von 1 Jahr und $8^1/_2$ Monaten, um mit dem Erlöschen dieser acuten Periode der Krankheit den totalen Rachenverschluss nach sich zu ziehen. Dieser Fall giebt dem Autor Veranlassung, die Symptomatologie des totalen Nasenrachenverschlusses in allen Details zu untersuchen und klarzustellen. SEIFERT.

20) **Kauffmann. Ueber Retropharyngealabscesse bei Kindern. (Des abscès retropharyngiens chez les enfants.)** *Anjou médical. No. II. 1906.*

Ausgehend von einem bei einem Säugling beobachteten Fall bespricht Verf. die Symptomatologie und Aetiologie der Retropharyngealabscesse. A. CARTAZ.

21) **Goris. Beitrag zum Studium der Diagnose der Nasenrachenraumtumoren vermittelst der elektrischen Salpingoskopie. Demonstration. (Contribution à l'étude du diagnostic des tumeurs de l'arrière-nez par la salpingoscopie électrique. Demonstration.)** *Les Annales de la Soc. médico-chirurgie du Brabant. No. 11. 1905.*

G. zeigt das Salpingoskop von Dr. Hirschmann vor, so benannt, weil es ermöglicht, den Pavillon der Eustachi'schen Ohrtrompete zu untersuchen; da jedoch das Instrument eine allgemeinere Anwendung finde (hintere Nasenräume, Riechspalte, Oeffnung des Sin. maxill., Rückfläche des Gaumensegels, sogar für den Larynx), so schlägt G. vor, ihm den rationellen Namen Retronasalendoskop beizulegen. Es hat ihm schon zahlreiche Dienste geleistet.

PARMENTIER (BAYER).

22) **Jacques. 14jähriges Kind an einem Nasenrachenfibrom per vias naturales operirt. (Enfant de 14 ans opéré de fibrome naso-pharyngien par les voies naturelles.)** *Revue médicale de l'Est. No. X. 19. Mai 1906.*

Die Insertion des Tumors befand sich nicht, wie man gewöhnlich annimmt, in dem praevertebralen Bindegewebe, sondern, wie Moure es schon seit langer Zeit behauptet, auf dem inneren Flügel der Apophysis pterygoidea und dem Siebbeinkörper. BRINDEL.

23) **Goris. Vorstellung von zwei Fällen totaler Resection des Oberkiefers wegen Nasenrachentumoren. (Présentation de deux cas de résections totales du maxillaire supérieur pour tumeurs de l'arrière-nez.)** *Les Annales de la Soc. médico-chirurgie du Brabant. No. 11. 1905.*

Der Autor stellt zwei Fälle vor: Der eine, bei welchem er die definitive, heutzutage beinahe ganz verlassene Totalresection des Oberkiefers vornehmen musste; der andere, bei welchem er die osteoplastische Resection vornahm, welche die Regel bilden muss. In dem einen wie dem anderen Falle macht er die Präventivtracheotomie, hält es aber für unnöthig, die Ligatur der Carotis ext vorzunehmen, um die Blutung zu verhindern, die gewöhnlich geringfügig und in allen Fällen venös sei, in Folge dessen sie nicht durch die Ligatur der Carotis beeinflusst werde. Darauf beschreibt er die Technik der osteoplastischen Resection. PARMENTIER (BAYER).

24) **G. B. Wood. Die Lymphdrainage der Rachentonsille. (The lymphatic drainage of the pharyngeal tonsil.)** *American Journal Medical Sciences. April 1906.*

Injectionen der Rachentonsille ergeben die Thatsache, dass die von ihr ausgehenden Lymphgefässe zu der äusseren Drüsen der oberen tiefen Cervicalgruppe gehen, d. h. den Drüsen, die direct unter dem M. sterno-cleido-mastoideus liegen,

gerade unter der Spitze des Processus mastoideus. Dieses Resultat weicht von den Untersuchungsergebnissen Poirier's ab, der fand, dass die Lymphgefässe der hinteren Rachenwand zu den Drüsen der inneren und jugularen Gruppe gehen.

A. LOGAN TURNER.

25) **J. Hofer** (Linz). **Ueber die Rachenmandel und deren Bedeutung beim Soldaten.** *Der Militärarzt. 39. Jahrg. No. 22 u. 23.*

Nach ausgedehnten diesbezüglichen Untersuchungen fand Hofer in circa 20 pCt. der Fälle beim Soldaten die Rachenmandel vergrössert, und sollten alle Militärärzte auf die hierdurch bedingten Störungen aufmerksam sein, die zum Dienste einrückenden Soldaten daraufhin untersuchen und gegebenenfalls die Rachenmandel entfernen.

CHIARI.

26) **E. M. Sill. Adenoide. (Adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1905.*

Die auf Grund von 1000 persönlichen Beobachtungen des Verf.'s angestellten Erörterungen bieten nichts Neues.

LEFFERTS.

27) **A. Donawan. Adenoide; die am häufigsten übersehene Ursache von Krankheiten im Kindesalter. (Adenoids; the cause of childrens disease most frequently overlooked.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1905.*

Die Ausführungen des Verf.'s enthalten nichts Neues. Er verwirft bei der Operation die Anwendung der Narkose.

LEFFERTS.

28) **E. Schimanski. Zur Frage der adenoiden Vegetationen. (K woprusa adenoidnich rasrostschenii.)** *Woenno med. journal. Bd. 3. p. 695.*

Enthält nichts Neues.

P. HELLAT.

29) **Paul Raugé. Sympteme der adenoiden Vegetationen. (Symptômes des végétations adénoides.)** *Provence médicale. No. III. Januar 1906.*

Nichts Neues.

BRINDEL.

30) **William Wesley Carter. Eine Cyste der Rachentonsille. (A cyst of the pharyngeal tonsil.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

In der mit der Zange entfernten Rachenmandel fand sich eine grosse Cyste mit dünner Wand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Wand der Cyste mit Epithel bekleidet war, das derart von Rundzellen durchsetzt war, dass es stellenweise schwer zu erkennen war. Unter dem Epithel waren in regelmässiger Anordnung Lymphfollikel; das lymphatische Gewebe selbst hatte reguläres Aussehen.

EMIL MAYER.

31) **C. S. Means. Bericht über einen Fall von Tuberculose der Rachenmandel. (Report of a case of tonsillar tuberculosis.)** *Columbus Medical Journal. Mai 1905.*

Pat. war ein 29jähriger Mann; die Symptome bestanden in blutigem Auswurf, Nachtschweiss, erhöhter Temperatur. Der Befund über den Lungen war negativ. Man fand eine vergrösserte Luschka'sche Tonsille, deren Untersuchung

ergab, dass sie tuberculös war. Nach Entfernung derselben verschwanden alle Symptome.

EMIL MAYER.

32) **Hölscher** (Ulm). **Demonstrationen über Rachenmandeln und Nasenpolypen.** *Medicin. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 21. 1906.*

Hölscher demonstrirt verschiedene Präparate von auffallend grossen Rachenmandeln und von Nasenpolypen; er operirt jetzt fast nur noch ohne Narkose.

SEIFERT.

33) **F. B. Sprague. Beobachtungen bei 1000 Adenoideperationen. (Observations on 1000 adenoid operations.)** *Providence Medical Journal. März 1906.*

In 90 pCt. der Fälle waren die Adenoiden mit Gaumenmandelhypertrophie verbunden. In allen Fällen bis auf zwei wurde unter Aether operirt, während der Pat. auf der Seite lag. Chloroform hält Verf. für besonders gefährlich. Er hat eine besondere Zange angegeben und verwirft den Gebrauch der Curette. Für die Tonsillen bedient er sich einer Modification des Mackenzie'schen Tonsillotoms.

EMIL MAYER.

34) **Federico Federici. Untersuchungen über die Leukocytenformel der Kinder mit Adenoiden vor und gleich nach der Operation. (Ricerche sulla formula leucocitaria dei bambini adenoidei prima e subito dopo l'operazione.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. No. I. 1906.*

Verf. hat seine Untersuchungen bei 10 Kindern vor der Operation und am Tage nach dieser angestellt. Seine Zahlen für die Leukocytenmenge vor der Operation sind etwas niedriger als die von Lichtwitz und Sabrazès und nähern sich mehr denjenigen, die diese Autoren als das Mittel für normale Kinder angegeben haben. Jedenfalls ist die Leukocytose bei den Adenoidkindern geringfügig. Constant dagegen ist die Veränderung im Verhältnisse zwischen neutrophilen Polynucleären und Lymphocyten. Letztere sind hier erheblich vermehrt, bis zu 51 pCt. Interessant ist, dass auf die Adenotomie eine leichte Leukocytose folgt. Ganz auffallend ist jedoch die Umwandlung, die im Verhältniss zwischen Neutrophilen und Lymphocyten gleich am Tage nach der Operation eintritt, dies steigt von 48 : 38 auf 62 : 22. Betrachtet man die absoluten Zahlen der Polynucleären und Lymphocyten vor und nach der Operation — Polynucleäre 4226 und 6386, Lymphocyten 3345 und 2301 —, so sieht man, dass die Veränderung der Verhältnisszahlen einer Zunahme jener und nicht einer Abnahme dieser zu danken ist.

FINDER.

35) **De Cigna. Die Adenoidhypertrophie und die Adenotomie. (L'ipertrofia adenoide e l'adenotomia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. No. V. 1906.*

Unter 2540 Patienten des Ambulatoriums für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Ospedale di Sant'Andrea in Genua waren 370 Fälle von adenoiden Vegetationen (14,56 pCt.). Von den Patienten unter dem 24. Lebensjahre waren 27,03 pCt. solche mit adenoiden Vegetationen. In fast der Hälfte der Fälle bestanden eitrige oder katarrhalische, acute oder chronische, einseitige oder doppelseitige Ohraffectionen. Verf. bedient sich bei der Operation häufig des Zambeletti'schen

„Liquor somniferus“ als Narcoticum; er operirt mit der Beckmann'schen oder der Fein'schen Curette.

FINDER.

36) D. Kerrison. **Adenoide und Schwerhörigkeit bei kleinen Kindern. (Adenoids and deafness in young children.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass viele Fälle von chronischem Mittelohrkatarrh bei Kindern auf krankhafte Zustände während des Kindesalters zurückzuführen sind und dass chronische Schwerhörigkeit bei kleinen Kindern häufiger ist, als man glaubt. Gewöhnlich findet man bei diesen dann Retraction des Trommelfells und ist eine solche beiderseitig vorhanden, so kann man auf eine Obstruction im Nasenrachenraum schliessen. Verf. giebt die Details über den Trommelfellbefund bei 50 Kindern. Solche Patienten kommen selten in die Behandlung des Otologen, bis eine chronische Erkrankung Platz gegriffen hat. Man soll einen Monat nach Entfernung der Nasenrachenwucherungen noch einmal eine Gehörprüfung anstellen; findet man dann das Trommelfell noch retrahirt, so soll mit dem Politzer oder dem Ohrkatheter Luft eingeblasen werden.

LEFFERTS.

37) Lange. **Einfluss der Operation zur Entfernung von Adenoidgeschwülsten auf die Enuresis nocturna bei Kindern. (Influence of operations for removal of adenoid growths in the pharynx upon enuresis nocturna in children.)** *N. Y. Medical Journal. 2. December 1905.*

Verf. verfügt über 39 Fälle von Enuresis nocturna bei Kindern; unter diesen hatten 8 adenoide Vegetationen. Nach Entfernung der Adenoiden konnte er keine Besserung des Bettnässens beobachten, woraus Verf. den Schluss zieht, dass ein Zusammenhang zwischen beiden nicht besteht und dass die Enuresis an sich keine Indication zur Adenotomie abgiebt. In der dem Vortrage folgenden Discussion werden Stimmen zu Gunsten der Ansicht Lange's laut, während sich von anderer Seite Widerspruch dagegen geltend macht.

LEFFERTS.

38) F. Carle. **Die Technik der Operation wegen Adenoiden und Mandelvergrösserung nebst einigen practischen Rathschlägen. (The technique of the operation for adenoids and enlarged tonsils with some practical suggestions.)** *Lancet. 13. Mai 1905.*

Verf. beschreibt die im Golden Sqare Throat Hospital geübte Operationstechnik: Pat. wird auf einen flachen Tisch gelegt, unter Aether-Chloroformnarkose die Adenoiden mit St. Clair Thomson's Curette entfernt. Dann wird. Pat. auf die rechte Seite gedreht und die Tonsillen mit Heath's Guillotine operirt.

ADOLPH BRONNER.

39) Holz (Berlin). **Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Entfernung der adenoiden Vegetationen brachte bei einem 7 jährigen Knaben Schwinden des bestehenden doppelseitigen Exophthalmus; nach 2 Jahren mit einem Recidiv der adenoiden Vegetationen wiederum doppelseitiger Exophthalmus, der nach abermaliger Entfernung der Adenoiden schwand.

Bei einem anderen Knaben vom selben Alter verging doppelseitiger Exophthalmus ebenfalls nach Entfernung der Rachenmandel, nicht aber schon nach der 8 Tage vorher vorgenommenen beiderseitigen Tonsillotomie. In beiden Fällen Nasenhöhlen weit und frei; keine Struma.

Zuletzt wird von einem 7jährigen Knaben berichtet, bei dem nach Entfernung der adenoiden Vegetationen die seit einigen Wochen eingetretenen Symptome einer Chorea minor nicht wieder auftraten. ALBANUS (ZARNIKO).

40) **Lacoawet. Einzelheiten über die Abtragung der adenoiden Vegetationen. (Particularités sur l'ablation des végétations adénoides.)** *Ann. de la policlin. Toulouse. Juni 1905.*

Die Operation der adenoiden Vegetationen soll nur durch geübte Specialisten vorgenommen werden, damit nicht, wie es bisweilen geschieht, angeblich vorhandene Adenoide operirt werden und ein in der Nase befindliches Athmungshinderniss, wie Leisten, Muschelhyperplasien etc., übersehen wird. Besondere Sorgfalt bei der Abtragung erfordern die Fälle, wo die Wucherungen sehr hoch auf der Basis des Vomer oder seitlich an den Tubenmündungen ihren Sitz haben.

A. CARTAZ.

41) **J. Fein** (Wien). **Die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1905.*

Besprechung der Vorzüge des vom Autor angegebenen Instrumentes, welches dem Wesen nach eine Beckmann'sche Curette darstellt, wobei jedoch der Griff bajonettförmig abgeknickt ist und auch nach der Seite hin stumpfwinklig abgebogen ist. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Caz. Seltener Fall von Aneurysma im Pharynx. (Redki slutschai aneurismi w glotke.)** *Prakt. Wratsch. No. 25. 1905.*

Es handelt sich um einen 72jährigen Mann, der seit 2 Jahren Schmerzen im Halse verspürt, besonders wenn er etwas Festes schluckt. Bei der Untersuchung ergiebt sich ein Aneurysma mit allen demselben zugehörigen Symptomen auf der rechten Seite des Halses in der Gegend des Trig. hyomaxill. und omohyoid. Das Aneurysma tritt auch deutlich hinter dem rechten Gaumenbogen im Rachen hervor. C. beobachtet den Fall seit 2 Jahren. Veränderungen sind in dieser Zeit nicht vor sich gegangen. P. HELLAT.

43) **Zimmermann. Haemangioma buccae.** *Orvosi Hetilap. No. 13.*

Die Geschwulst umfasst die eine Gesichtshälfte, breitete sich auch in die Mundhöhle aus, wo sie in der Form von blauen blasenartigen Gebilden sichtbar war. Z. versuchte zuerst die von Payr empfohlene Behandlung mit Magnesiumdraht, aber ohne genügenden Erfolg. In Folge dessen wendete er die Elektrolyse an; der Erfolg war ein vollkommen zufriedenstellender. v. NAVRATIL.

44) **J. G. Wilson. Die Gaumentonsille. (The faucial tonsil.)** *Journal of the American Medical Association. 26. Mai 1906. N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1906.*

Nachdem Verf. eine Beschreibung des Waldeyer'schen Schlundringes gegeben hat, berührt er noch einige Punkte von speciell chirurgischem Interesse. Die Blutversorgung der Tonsille geschieht nicht, wie Gray es annahm, durch die Art. lingualis, sondern im Wesentlichen durch die Art. facialis, und zwar entweder durch eine directe Tonsillararterie oder, wie es häufiger der Fall ist, durch den Tonsillarast der Art. palatina ascendens aus der Art. facialis. Die Gefahr einer Blutung in Folge Verletzung der Carotis interna ist minimal; sehr selten ist sie bedingt durch abnorme Lage dieser Arterie. Hauptsächlich stammen Blutungen aus der Art. tonsillaris. Andere Arterien, die hierbei in Betracht kommen, sind: die Pharyngea ascendens, die Lingualäste der vorderen und hinteren Gaumenbögen und Plica triangularis und ein Ast der Art. palatina superior.

Verf. geht dann nach einigen Betrachtungen über die vergleichende Anatomie der Tonsille zu einer Besprechung der Physiologie über. Er meint unter anderem, dass man der Frage zu wenig Beachtung geschenkt habe, welchen Einfluss Erkrankungen, die eine vermehrte Leukocytose im Organismus bedingen, auf die Tonsillarexsudation in die Mundhöhle haben und welcher der Zusammenhang ist, der zwischen dieser Tonsillarexsudation und den Störungen seitens der Mundhöhle und des Magens besteht, wie solche bei derartigen Krankheiten vorkommen. Verf. meint, dass die Leukocyten in den Tonsillen wahrscheinlich schon ihre physiologische Function erfüllt haben und dass es sich bei ihrer Extravasation mehr um eine Excretion als eine Secretion handelt.

LEFFERTS.

45) **Gámán. Fall von Pharyngomykosis.** *Orvosi Hetilap. No. 2.*

In den Lacunen der Zungen- und der Gaumenmandeln befanden sich zahlreiche gelblichweisse Pfröpfe, welche grösstentheils aus Leptothrixfäden bestanden: subjective Beschwerden waren nicht vorhanden. G. erwähnt, dass nach neueren Forschungen die Krankheit eigentlich keine Mykose, sondern eine Hyperkeratosis faucium sei.

v. NAVRATIL.

46) **Meynet. Pharyngomycosis leptothricia. (Pharyngomycose leptothricique.)** *Marseille Médical. No. IX. 1906.*

Verf. citirt gelegentlich eines von ihm beobachteten Falles die hierüber existirende Literatur. Die wirksamste Behandlung ist die Abtragung des Tonsillargewebes nebst den darauf sitzenden Pilzrasen.

BRINDEL.

47) **Aristodemo Sbrocchi. Die Behandlung der „Tonsillitis catarrhalis". (La cura della „tonsillite catarrale".)** *La Clinica Moderna. X. No. 39. 1905.*

Verf. empfiehlt als Mittel gegen Angina Pinselungen der Tonsillen mit 1proc. Sublimatlösung. Die Pinselungen sollen dreimal am Tage vorgenommen werden; nach der Pinselung soll der Pat. eine halbe Stunde lang keine Speise oder Getränk nehmen. Verf. hat oft bereits nach einer Pinselung deutliche Besserung mit Sinken der Temperatur gesehen; im Allgemeinen sollen drei bis vier Pinselungen genügen, um den Process zum Verschwinden zu bringen. Tritt diese prompte

Wirkung nicht ein, so sei der Verdacht gerechtfertigt, dass es sich um eine Diphtherie handelt.

FINDER.

48) **De Angelis Ila. Tonsillitis phlegmonesa und der Modus ihres Zustandekommens. (Tonsillito flemmonesa o suo modo di formazione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1906.*

Aus den experimentellen und histologischen Untersuchungen, die Verf. anstellte — als Versuchsthiere benutzte er Hunde —, ergiebt sich, dass der peritonsilläre Abscess seinen Ursprung stets extratonsillär nimmt, niemals innerhalb der eigentlichen Tonsille. Er beginnt in Folge einer Ablagerung von Mikroorganismen in den Krypten des Hilus, die durch narbige oder entzündliche Vorgänge miteinander verwachsen sind. Von dort gelangen die Infectionsträger zuerst in den Recessus palatinus. Wenngleich die eigentliche Tonsille an der Infection nicht theilnimmt, so spielt sich der infectiöse Process doch zugleich und in erster Linie in dem lymphoiden Gewebe ab, das um den Hilus angeordnet ist. In den Schleimdrüsen fanden sich keine Mikroorganismen, woraus hervorgeht, dass diese zuerst dem Ansturm jener widerstehen; im weiteren Verlaufe der Infection nehmen auch sie an dem Process theil; bestimmt ist dies der Fall in jenen Fällen, in denen der Abscess sich am vorderen Gaumenbogen oberhalb der Fossa supratonsillaris öffnet.

FINDER.

49) **Mathilde de Biehler. Angina und Appendicitis. (Angine et appendicite.)** *Arch. de méd. des enfants. No. VIII. 1905.*

Mittheilung zweier Fälle, in denen im Anschluss an eine Angina eine Blinddarmentzündung auftrat. Es wird die Frage erörtert, ob es sich um zufällige Coincidenz handelt oder ob die Tonsillen die Eingangspforte für die später sich am Wurmfortsatz localisirenden Infectionserreger bildet.

FINDER.

50) **Notiz des Herausgebers. Acute Nephritis und chronische Tonsillarhypertrophie. (Acute nephritis and chronic tonsillar hypertrophy.)** *N. Y. Medical Record. 12. Mai 1906.*

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Kindern mit acuter Nephritis häufig chronische Tonsillarhyperplasie findet. Spuren einer frischen Infection findet man gewöhnlich nicht, obgleich diese leicht in der Tiefe der Krypten verborgen sein kann. Es komme bisweilen vor, dass bei solchen Kindern Anginen, ohne bemerkt zu werden, verlaufen. Verf. führt 6 Fälle an von Nephritis und Tonsillarhypertrophie; in dem einem Falle führt er die Besserung im Verlauf der Nephritis auf die Tonsillotomie zurück. Man soll erst bei Nephritis der Kinder, wenn sich Hypertrophie der Tonsillen findet, diese aus prophylactischen Gründen local behandeln.

LEFFERTS.

51) **Emil Glas. Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren.** *Virchow's Archiv. Bd. 182.*

Verf. hat 5 benigne Tumoren der Gaumentonsille untersucht; zwei (Fibrolipom und Schleimdrüsenpolyp) werden als hyperplastische, zwei, in denen sich Abkömmlinge aller drei Keimblätter vorfanden, als teratoide Neubildungen be-

zeichnet. Der fünfte Tumor kam bei einem Kinde vor und wird als Lymphgefässectasie in Folge hyaliner Entartung des Bindegewebes im Stiel aufgefasst. Ferner hat Verf. eine Nebentonsille bei einem Phthisiker untersucht, die sich durch starke hyaline Entartung des reticulären Bindegewebes auszeichnete, das an einigen Stellen die Amyloidreaction ergab. FINDER.

52) **Gerardo Sgobbo. Bedeutung und histologische Varietäten der papillomatösen Geschwülste an den Gaumentonsillen. (Valore e varietà istologiche delle produzioni papillomatose delle tonsille palatine.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Verf. giebt zunächst eine Literaturübersicht über die gutartigen Tumoren der Tonsille und beschreibt dann 2 Fälle von papillären Geschwülsten derselben. Er schildert den histologischen Befund und erläutert ihn durch Abbildungen und bemüht sich des weiteren, zu beweisen, dass es sich hier um wirkliche Tumoren und nicht um Entzündungsproducte handelt. FINDER.

53) **William Wesly Carter. Knochengeschwulst in beiden Mandeln. (Growth of bone in both tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinologg and Laryngology. März 1906.*

Verf. sieht einen ätiologischen Factor für die Entstehung dieser Knochengeschwülste darin, dass der Speichel fortwährend über das metaplastisch veränderte Epithel hinfortfliesst, denn die im Speichel enthaltenen Salze beständen zu zwei Dritteln aus Calcium- und Magnesiumphosphat, die auch die hauptsächlichsten anorganischen Bestandtheile des Knochens bildeten. EMIL MAYER.

54) **W. E. Casselberry. Die Indicationen für das chirurgische Eingreifen bei Krankheiten der Tonsille und die Methoden der Operation. (The indications for surgical interference in disease of the faucial tonsils and the methods of choice in operating.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Die Indicationen können allgemeine und locale sein. Bei gewissen Formen von „Rheumatismus“, Endocarditis, Nephritis und Phlebitis weist die klinische Beobachtung darauf hin, dass die Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen dienen. Verf. hat erst kürzlich drei Fälle von schwerer Endocarditis beobachtet, in denen die Erkrankung mit einer acuten Tonsillitis begann; diese Kinder haben für ihr Leben eine Klappenerkrankung acquirirt. Ebenso hat Verf. wiederholt Nephritis im Gefolge von Angina gesehen, meist nur vorübergehende Albuminurie, in einem Falle aber auch Jahre lang andauernde nebst Ausscheidung von Cylindern. Bei einem kräftigen Manne seiner Klientel trat im Anschluss an eine Angina und ohne nachweisbare andere Ursache eine Thrombophlebitis der Vena saphena auf. In keinem dieser Fälle waren die Tonsillen erheblich vergrössert. Die meisten Fälle von sogenanntem „Rheumatismus“ nach Angina gehören nach Ansicht des Verf.'s zweifellos zu der Form von Arthritis, wie man sie secundär nach Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Pneumonie etc., beobachtet. Als Beispiel dafür führt Verf. den Fall einer Dame an, deren Tonsillen sehr hyperplasirt waren und zahlreiche eitrige Herde enthielten. Den Attacken von Angina folgte in diesem Fall gewöhnlich eine Polyarthritis, angeblicher „Rheumatismus“, so dass die

Patientin dadurch chronisch invalid wurde. Nach Tonsillotomie hörten die Anginen und die ihnen folgenden polyarthritischen Anfälle auf. Häufige Tonsillitis ist besonders im Hinblick auf die durch sie möglicherweise bedingten Complicationen eine Indication zur Tonsillotomie.

Dass eine Infection mit Tuberkelbacillen oft ihren Weg von den Tonsillen zu den Cervicaldrüsen nimmt, ist häufig genug nachgewiesen. Gewöhnliche pyogene Cervicaldrüsenhyperplasie und Tuberculose der Cervicaldrüsen haben so nahe Beziehungen, dass sie nothwendigerweise zusammen betrachtet werden müssen. Pyogene, von den Tonsillen übertragene Infection ist die häufigste primäre Ursache der Drüsenhyperplasie. Werden die Tonsillen, noch bevor die Drüsenhyperplasie permanent wird, amputirt, so verschwindet die Adenitis frühzeitig.

Eine weitere Indication für einen chirurgischen Eingriff bedeutet die allgemeine Toxämie, die von der Zersetzung des in den Tonsillarkrypten angehäuften Materials ihren Ausgang nehmen kann. Die Symptome sind nicht genau umschrieben; bleiches Aussehen, schlechtes Allgemeinbefinden, dyspeptische Beschwerden sind dabei vorhanden. Auf die richtige Spur wird man bisweilen durch den foetor ex ore gebracht.

Verf. giebt dann noch besondere Rathschläge für die Technik der Operation und die Wahl der Instrumente.

EMIL MAYER.

55) **Constantin. Ueber die Tonsillarblutungen und ihre Behandlung. (Des hémorrhagies tonsillaires et de leur traitement.)** *Thèse de Toulouse. 1905.*

Verf. bespricht die postoperativen Tonsillarblutungen, ihre Entstehung und die verschiedenen Mittel, um sie zum Stehen zu bringen. In Fällen schwerer Blutung empfiehlt Verf. die Ligatur der Gaumenbögen oder die Pharynxtamponade nach Escat.

A. CARTAZ.

56) **L. C. Cline. Anästhesie bei Tonsillar- und Adenoidoperationen. (Anaesthesia in tonsil and adenoid operations.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Chloroform soll nur in den seltenen Fällen gebraucht werden, wo Aether contraindicirt ist, denn es ist fünfmal gefährlicher als dieser. Verf. selbst braucht niemals ein allgemeines Anaestheticum.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

57) **A. de Simoni. Ueber die Verbreitung der Pseudodiphtheriebacillen bei den Erkrankungen der Ohren, der Nase, des Pharynx und Larynx. (De la diffusion des bacilles pseudo-diphtériques dans les affections des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx.)** *Arch. Internat. de laryngologie, otologie et rhinologie. II. März-April. 1906.*

Verf. hat zahlreiche Fälle, bei denen von Diphtherie keine Rede sein konnte, bakteriologisch untersucht und hat Pseudodiphtheriebacillen gefunden.

Bei Ohrerkrankungen unter 60 untersuchten Fällen 34mal, bei 60 Fällen von Nasenerkrankungen 46mal, bei 98 Rachenkrankheiten 75mal und in 43 Fällen von Kehlkopferkrankungen 25mal. Verf. ist überzeugt, dass man auf Grund von

morphologischen, chemischen und biologischen Eigenschaften nicht im Stande ist, die Pseudodiphtheriebacillen von den wirklichen Diphtheriebacillen zu unterscheiden; es handle sich vielmehr nur um verschiedene Varietäten, von denen der Diphtheriebacillus die gefährlichste darstellt. Das einzig sichere Mittel zur Unterscheidung ist das Thierexperiment.

FINDER.

58) **Bandi** und **Gagnoni. Die Impfung gegen Diphtherie. (La vaccinazione antidifterica.)** *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Vol. XVII. 429.*

Vorläufige Mittheilung. Bandi, der Director des toscanischen Instituts für Serumtherapie, hat die Bereitung des Serums, Gagnoni den klinischen und experimentellen Theil übernommen.

FINDER.

59) **J. Comby. Drei neue Fälle von Heilung diphtherischer Lähmungen durch das Roux'sche Serum. (Trois nouveaux cas de paralysie diphtérique guéris par le serum de Roux.)** *Arch. de méd. des enfants. August 1906.*

Den bereits von ihm veröffentlichten Fällen fügt Verf. folgende hinzu:

I. 54jähriger Mann; vor 2 Wochen Diphtherie ohne Serumbehandlung. Lähmung des Gaumensegels, Schwäche in den Beinen, atactischer Gang. Drei Tage lang je 20 ccm, während 2 Tagen je 10 ccm Roux'sches Serum injicirt. Heilung 8 Tage später. Trotz bestehender Arteriosklerose keine Albuminurie.

II. 14jähriges Mädchen. 2 Monate nach schwerer Diphtherie allgemeine Schwäche und allmälig allgemeine Paraplegie. Innerhalb 5 Tagen Injection von 70 ccm Serum Roux; bereits nach der zweiten Injection erhebliche Besserung, nach 2 Wochen völlige Heilung.

III. 4jähriges Mädchen. Einen Monat nach überstandener Diphtherie allgemeine Lähmung. Innerhalb 7 Tagen 70 ccm Serum injcirt; nach 8 Tagen Heilung.

FINDER.

60) **Valagussa. Ueber Kehlkopfintubation beim Croup. (Sulla intubazione laringea nel croup.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica delle R. Università di Roma. Rom 1905.*

Verf. hat an dem Instrumentarium für die Intubation einige Modificationen angebracht. Der Introductor ist nicht rechtwinklig gebogen, sondern hat ungefähr die Krümmung wie ein Mercier'scher Metallkatheter. Die Vorrichtung zum Vorstossen der Tube fällt fort; vielmehr wird diese von dem Finger, mit dem man die Epiglottis aufrichtet, von dem Introductor abgelöst. Die Canülen haben einen langen durchgängigen Mandrin, der nicht nur dazu dient, um sich zu vergewissern, dass die Introduction gelungen ist, sondern auch um den Spasmus glottidis zu überwinden, der oft an dem Nichtgelingen schuld ist. Verf. giebt eine Statistik der an der pädiatrischen Klinik in Rom ausgeführten Intubationen.

FINDER.

61) **Egidi. Das verzögerte Decanulement bei wegen Croup tracheotomirten Kindern. (La tardiva decanulazione dei bambini operati di tracheotomia per crup.)** *Rivista di Clinica Pediatria. December 1905.*

Verf. berichtet über ein Mädchen, das vor 3 Jahren an Croup erkrankte; es wurde damals die Tracheotomie gemacht. So oft man versuchte, die Canüle zu

entfernen, bekam das Kind schwere Erstickungsanfälle. Nachdem so 16 Monate verflossen waren, zerbrach die Canüle und die eine Hälfte blieb in der Luftröhre stecken, so dass das Kind jeden Augenblick zu ersticken drohte. Verf., dem die Patientin zugeführt wurde, machte sofort die Intubation und extrahirte das in der Trachea sitzende Stück der Canüle. Nach einiger Zeit trat Heilung ein. Verf. veröffentlicht den Fall als Beispiel für die Gefahren und Unzuträglichkeiten der Tracheotomie gegenüber der Intubation. FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Ein Fall von angeborener Kehlkopfmembran.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 523.*

Dünne nachgiebige Membran bei einem 25jährigen Manne dicht unterhalb der Stimmbänder; im hinteren Theil eine runde Oeffnung. Athemnoth nur bei Anstrengung; Beschwerden sollen überhaupt erst seit einem Jahre bestehen, doch war die Stimme niemals klar. Der übrige Kehlkopf vollständig normal. Die Entfernung der Membran gelang leicht mittelst der doppelten Pincette nach Störk.

F. KLEMPERER.

63) **J. Katzenstein. Ueber ein neues Hirnrindenfeld und einen neuen Reflex des Kehlkopfes.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. H. 3/4. S. 396.*

Verf. giebt eine kurze historische Uebersicht über die Lehre von den Beziehungen der Grosshirnrinde zu den Kehlkopfbewegungen, aus denen hervorgeht, dass nach der von vielen Beobachtern bestätigten Angabe von Krause Reizung des Gyrus praecruciatus beim Hunde doppelseitige Kehlkopfbewegungen hervorruft. Dem steht die Beobachtung von Masini gegenüber, der einseitige Adduction des gegenseitigen Stimmbandes auf Rindenreizung erhalten hatte. Mit Hülfe unipolarer Reizung konnte Verf. diese Beobachtung bestätigen, und dies gelang dann auch mit feinen Doppelelektroden. Wurden die Reizungen auf ein etwas weiter unten und vorn gelegenes Gebiet ausgedehnt, so erhielt man Zungen-, Gaumen- und Lippenbewegungen, und weiterhin, auf der zweiten Windung, von neuem einseitige Bewegungen der Stimmbänder. Es ist hier also eine neue Stelle der Hirnrinde aufgefunden, die Kehlkopfbewegungen vermittelt.

Bisher waren ferner am Kehlkopf nur doppelseitige Reflexe bekannt, obschon mitunter einseitige Bewegungen wahrgenommen worden sind. Verf. fand, dass, wenn die Schleimhaut direct über den Stimmbändern auf einer Seite mit einer Sonde berührt wird, eine Zuckung des gleichseitigen Stimmbandes nach der Mitte eintritt. Der Reflex kann durch Rindenexstirpation nicht, wohl aber durch Trennung des Laryngeus sup. ausgeschaltet werden. Beim Menschen lässt sich der Reflex auch nachweisen. R. DU BOIS-REYMOND.

64) **P. Mazzeo. Einfluss der Revaccination auf den Verlauf des Keuchhustens. (Influenza della rivaccinazione sul corso della tosse convulsiva.)** *Società Italiana di pediatria. Sezione Napolitana. 3. April 1906.*

Von 6 Geschwistern, die an Keuchhusten erkrankt waren, wurden die beiden Kinder, bei denen die Krankheit am schwersten war, revaccinirt; bei beiden trat

sofort eine auffallende Besserung ein und nach 2 Wochen waren sie geheilt, während der Keuchhusten bei den anderen Geschwistern unvermindert andauerte.

FINDER.

65) A. B. Atherton. **Tracheotomie als Mittel bei Keuchhusten. (Tracheotomy as a remedy in whooping-cough.)** *Maritime Medical News. Februar 1906.*

Auf Grund eines von ihm mitgetheilten Falles empfiehlt Verf. bei schweren Fällen von Keuchhusten die Tracheotomie als Heilmittel. EMIL MAYER.

66) **Zwillinger. Tabische Lähmung der Stimmbänder und des Velum.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

Bei dem Kranken bestehen Schluckbeschwerden, Heiserkeit, mässige Athembeschwerden. Rechte Hälfte des Velum nimmt an den Bewegungen nicht theil, Sensibilität ungestört. Rechtes Stimmband in Medianstellung, mässig excavirt, erscheint kürzer. Linkes Stimmband spannt sich in Folge einer Lähmung des Musculus vocalis bei der Phonation nicht an. Es bestanden keine Krisen.

v. NAVRATIL.

67) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Stimme bei einseitiger Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 392.*

Verf. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei einseitiger Posticuslähmung kann die Stimme vollkommen normal sein. 2. Besteht eine Stimmstörung, so ist dieselbe dadurch verursacht, dass das gelähmte Stimmband in einem anderen Niveau steht wie das gesunde. 3. Durch methodische Stimmübung lässt sich diese Niveaudifferenz ausgleichen und wieder eine klare Stimme erzielen. 4. Innere Medicamente, Elektrisiren, sowie alle anderen auf der gelähmten Seite angewandten Heilverfahren sind vollkommen erfolglos. F. KLEMPERER.

68) **Alfred Hüssy. Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter.** *Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.*

Es handelt sich um ein 13 Monate altes Kind, das eine luetische Pseudoparalyse hat. Es traten dyspnoische Anfälle auf, die dadurch charakterisirt sind, dass die Inspiration lang gedehnt und erschwert ist, während die Exspiration verhältnissmässig frei ist. Die Stimme ist nicht wesentlich verändert. Specifische Behandlung bleibt wirkungslos. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Lähmung des Posticus handelte. Das Kind wurde tracheotomirt; 14 Tage darauf Exitus in Folge Pneumonie. Ein Zusammenhang zwischen Lues und Lähmung konnte durch die Section nicht sichergestellt werden. FINDER.

69) **Jul. Broeckaert** (Gent). **Bemerkungen zu den Aufsätzen der Herren Dr. Dorendorf und Prof. Paul Schultz: „Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens“ und „Die Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation“.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 542.*

Polemischen Inhalts. B. zeigt, dass die Resultate der von Dorendorf und Schultz angestellten Versuche von dem seinen durchaus nicht in dem

Maasse abweichen, wie es diese Autoren darstellen, vielmehr im Wesentlichen die gleichen sind. F. KLEMPERER.

70) **Gaudier** und **Bernard. Beiderseitige Recurrenslähmung. (Paralysie récurrentielle bilatérale.)** *Echo médical du Nord. No. III. Januar 1906.*

Geschichte eines Mannes, der nach einem leichten Trauma sehr schnell Athmungsstörungen bekam, begleitet von Parese der oberen und unteren rechten Extremität. Die Stimmlippen standen in der Mittellinie. Gleichzeitig bestanden gesteigerte Sehnenreflexe, Anästhesie der Cornea, des Rachens und der Haut.

Verff. denken an eine hystero-traumatische Natur der Kehlkopfaffection; trotzdem gedenken sie wegen der Asphyxie die Thyreotomie zu machen.

BRINDEL.

71) **Ohm** (Berlin). **Ein Fall von Pneumothorax mit Recurrenslähmung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 49. 1905.*

Bei einem 38jährigen tuberculösen Kaufmann tritt plötzlich in Folge von Durchbruch einer Caverne rechtsseitiger Pneumothorax auf; am übernächsten Tage starke Heiserkeit; laryngoskopisch: linkes Stimmband bewegungslos in Medianstellung mit leicht excavirtem Rande. Zur Entfaltung der collabirten Lunge Drainage der rechten Pleurahöhle nach Bülau. Die Lunge entfaltet sich gut, die Verdrängung des Herzens lässt nach. Drei Tage danach wieder bessere Stimme, laryngoskopisch Bewegungen des linken Stimmbandes. In Folge der Tuberculose und der Herzschwäche schliesslich Exitus. Die Section deckte am Aortenbogen zwei bohnengrosse anthracotische Bronchialdrüsen auf.

Verf. erklärt den Zusammenhang der Recurrenslähmung mit dem Pneumothorax so, „dass durch die starke Verdrängung des Herzens und des Aortenbogens, um den sich ja der linke Nervus recurrens herumschlingt, eine dauernde Zerrung des Nerven statthatte, welche den Ausfall der Stimmbandbewegungen nach sich zog". Im weiteren Krankheitsverlauf hörte mit der Entfaltung der collabirten Lunge die Zerrung des Nerven auf und trat damit wieder die Function desselben auf. Unwahrscheinlich ist, dass die gefundenen Bronchialdrüsen den Nerv gequetscht haben könnten. ALBANUS (ZARNIKO).

72) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Paralyse des M. crico-thyreoideus.** (Verhandl. der med. Gesellsch. zu Kopenhagen.) *Hosp. Tidende. p. 218. 1906.*

Verf. hat 9 Fälle in der Literatur gefunden, wozu 4 Fälle vom Communehospital in Kopenhagen kommen. Das Wesentlichste bei dem laryngoskopischen Bilde ist die wellenförmige Linie, welche die Stimmritze bildet.

Bei dem einen der vier Patienten fand sich keine nachweisbare Ursache des Processes, in den drei anderen wurden Symptome eines bulbären Leidens festgestellt. Der eine Fall ist früher von V. Klein mitgetheilt. Die Section ergab, dass beide Nn. laryngei superiores entartet waren. E. SCHMIEGELOW.

73) **Badanowsky. Beitrag zur Kenntniss des Infectionsweges bei der Kehlkopftuberculose. (Contribution à l'étude du mode d'infection dans la tuberculose laryngée.)** *Dissertation. Lausanne 1905.*

Einstweilen nicht erhältlich. JONQUIÈRE.

74) **Buoni** (Schweiz). **Beitrag zur Kenntniss des Rhinoskleroms in der Schweiz. (Contribution à l'étude du rhinosclerome en Suisse.)** *Dissert. Lausanne 1905.*

Einstweilen nicht erhältlich.

JONQUIÈRE.

75) **Dobrowolski. Ueber Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (W sprawie gruzlicy krtani w chzieci.)** *Medycyna. No. 23 u. 24. 1906.*

Zwischen 6000 hals- und kehlkopfkranken Kindern, die Verf. im Laute von 12 Jahren im Kinderhospitale behandelte, fand sich Kehlkopftuberculose zweifellos nur in 3 Fällen (Knabe $8^1/_2$ Jahre alt, 2 Mädchen zu 5 Jahren). Ausserdem behandelte Verf. noch einige, die, obwohl sie als Kehlkopftuberculose anerkannt waren, doch wegen Fehlens von Tuberkelbacillen bei mikroskopischer Untersuchung in die Beschreibung nicht aufgenommen wurden. Aus diesen Bemerkungen behauptet Verf., dass die Kehlkopftuberculose bei Kindern verläuft ohne schwere subjective Beschwerden, ohne quälende Dysphagie und Würgen. Objective Veränderungen unterscheiden sich nicht von denen bei Erwachsenen.

v. SOKOLOWSKI.

76) **Tóvölgyi. Ueber die Therapie der Larynxtuberculose in der Landpraxis.** *Orvosok Lapja. No. 4.*

T. hebt die therapeutische Wirkung der Hetolinjectionen bei Larynxtuberculose noch einmal hervor. Es ist von grosser Wichtigkeit, bei jedem Tuberculösen die Kehlkopfuntersuchung vorzunehmen, selbst wenn keine Klage darauf hinweist. Der Arzt, welcher mit der Laryngoskopie nicht gehörig vertraut ist, kann Inhalationen, Insufflationen vornehmen. Empfiehlt verschiedene Arzneigemische zu diesem Zwecke.

v. NAVRATIL.

77) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 288.*

K. berichtet über seine Erfahrungen und Resultate; er verfügt jetzt über 60 Fälle von geheilter Kehlkopftuberculose. Zur Zerstörung des tuberculösen Gewebes verwendet er in leichteren Fällen bei ursprünglich seichten oder durch Galvanokaustik seicht gemachten Geschwüren 80 proc. oder reine Milchsäure oder Lapis in Substanz, sonst aber zieht er allen anderen Mitteln und Methoden bei Weitem die Galvanokaustik vor. Seine lesenswerthen Ausführungen führen zu dem Schluss: „dass die trostlose Ansicht von der Unbeeinflussbarkeit durch die Therapie unrichtig ist, dass vielmehr eine kleinere Anzahl Kranker geheilt und dass eine grosse Anzahl so gebessert werden kann, dass ihr Leben in lebenswerthem Zustand verlängert wird, dass das zu erreichen aber nur möglich ist durch zielbewusste, beharrliche, die Technik souverän beherrschende Anwendung der chirurgischen Behandlung, am besten der Galvanokaustik.

F. KLEMPERER.

78) **Megnon. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Fluorsilber. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Juni 1906.*

Verf. hat das Mittel 2 Jahre lang in einer grossen Anzahl von Fällen systematisch gebraucht. Nach mannigfachen Versuchen ist er dazu gelangt, einer

1 proc. Lösung den Vorzug zu geben, die er in ziemlich energischer Weise auf die erkrankte Schleimhaut applicirt. Bei empfindlichen Patienten und ausgedehnter Erkrankung wendet er vorher Lokalanästhesie an. Das Fluorsilber wirkt leicht kaustisch; nach der Anwendung sind keine starken Schmerzen vorhanden, im Gegentheil die durch die tuberculöse Schleimhauterkrankung verursachten Schmerzen lassen bei vielen Patienten nach der Application für 1—2 Tage nach. Andere lokale Mittel, Milchsäure, Guajacol etc. behalten für gewisse Fälle dabei ihre Berechtigung. Das Fluorsilber hat eine sehr wichtige Indication, die darin besteht, nach endolaryngealen Eingriffen mit Zange oder Kaustik angewandt zu werden. Die Nachbehandlung mit diesem Mittel hat sehr gute Resultate gegeben.

LEFFERTS.

79) **Heinrichs** (Rostock). **Ein weiterer Fall von Aktinomykose des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 350.*

Brettharter, gleichmässiger, schmerzloser Tumor, auf der linken Schildknorpelplatte fest aufsitzend; innerer Kehlkopfbefund normal. Die Diagnose, die zwischen Enchondrom und Aktinomykosis laryngis externa schwanken konnte, wurde gestützt durch den Nachweis eines kranken Zahnes im Unterkiefer, von dem ein dünnes, ziemlich straffes Strangbündel gerade nach dem oberen Ende der Geschwulst am Schildknorpel hinzog. Heilung durch Operation (bei der Eiter mit Aktinomycesdrüsen gefunden wurde) und Jodkali ($1^1/_2$ g pro die) innerlich.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

80) **Geo Everett Bulby. Erkrankungen der Schilddrüse. (Affections of the thyroid gland.)** *Annals of Surgery. Juni 1906.*

Verf. behandelt die einfache Hyperplasie, das Adenom, Cysten, metastatische Schilddrüsengeschwülste, Morbus Basedow, chronische Thyreoiditis, Tuberculose und Carcinom. Was den Morbus Basedow anbelangt, so werden 6 Fälle, alle Weiber im Alter von 26—46 Jahren betreffend, mitgetheilt. In 2 Fällen trat Exitus ein, einer der Todesfälle war die Folge der Narkose. Die anderen vier Fälle wurden geheilt resp. erheblich gebessert. EMIL MAYER.

81) **Mauclaire** (Paris). **Die verschiedenen Arten des Kropfes und ihre Behandlung. (Les diverses variétés et le traitement des goîtres.)** *Journal des Praticiens. 24. October 1905.*

Eine klassische, klinische Studie. M. unterscheidet: parenchymatösen, fibrösen, colloiden, cystischen Kropf, Colloid-, Gefässkropf und Morbus Basedow.

Die Behandlung kann sein: 1. medicamentöse (Jodtinctur, Thyreoidin, interstitielle Injectionen von Jodtinctur), 2. chirurgische und zwar Totalexstirpation (wegen ihrer Gefahren zu verwerfen), partielle Exstirpation, Enucleation (ebenso wirksam und weniger gefahrvoll als die Exstirpation), Resection, Evidement, Exothyropexie, Ligatur, Section des Schilddrüsenisthmus.

Am meisten Vortheile bietet die Enucleation. PAUL RAUGÉ.

82) **Joseph C. Bloodgood. Adenom der Schilddrüse. Eine klinische und pathologische Studie. (Adenoma of the thyroid gland. A clinical and pathological study.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

B. berichtet über 21 Fälle von Adenom der Schilddrüse. Das Alter der Patienten bei Beginn der Erkrankung war von 2—42 Jahren; in 2 Fällen war der Tumor congenital. Alle Patienten waren weiblich. Es scheint eine gewisse Beziehung zwischen Auftreten des Adenoms und Pubertät zu bestehen. Bei einem Patienten entstand das Adenom nach einer Pneumonie. Die Dauer der Erkrankung schwankt von 2—29 Jahren. In drei Fällen von Adenom sass der Tumor ausserhalb der Schilddrüse.

Verf. theilt die 21 Fälle in folgende Gruppen: Multiples, fötales Adenom (3 Fälle); einfaches fötales Adenom (6 Fälle); einfaches Colloidadenom (5 Fälle) und gemischtes einfaches Adenom (7 Fälle).

Der Aufsatz ist reich illustrirt. LEFFERTS.

83) **Isabella C. Herd. Teratom der Schilddrüse. (Teratoma of the thyroid gland.)** *American Journal of Medical Science. Juni 1906.*

Das Kind starb an einer incurrenten Krankheit, als es vier Tage alt war. Die Section zeigte, dass der Tumor sich von der Parotis bis zur Clavicula erstreckte; er war halbfest und die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Teratom handelte. Es stellt ein wahres Embryoma dar und hat sich wahrscheinlich aus einer besonderen Eizelle entwickelt. EMIL MAYER.

84) **L. Richon** und **P. Jeandelise. Wirkung der Thyreodectomie und der mit dieser Operation combinirten Castration auf die langen Röhrenknochen. Vergleich mit den Wirkungen der Castration. (Action de la thyreodectomie et de cette opération combinée avec la castration sur les os longs des membres. Comparaison avec les effets de la castration.)** *C. R. Soc. de Biol. I. 58. p. 1084 u. 1807.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

85) **Bérard** (Lyon). **Zufälle bei der Thyreodectomie. (Accidents de la thyreoidectomie.)** *Société de Chirurgie de Lille. 27. Januar 1906.*

In einem Falle wurde nach Enucleation des einen Lappens die Luftröhre plötzlich abgeplattet. Um die Erstickungsgefahr zu beseitigen, befestigte B. die lateralen Ränder der Trachea mit einigen Nähten am Sternocleidomastoideus.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen sehr gefässreichen Kropf mit Erstickungsanfällen. B. machte die Exothyropexie; unmittelbar darauf Besserung. Drei Wochen später Abtragung der beiden Lappen; Heilung. PAUL RAUGÉ.

86) **Francis T. Shepherd. Einige Erfahrungen bei der Thyreodectomie. (Some experiences in the operation of thyreoidectomy.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1906.*

S. hat seine erste Thyreoidectomie im Jahre 1883 gemacht. Bei seinen ersten 25 Fällen gebrauchte er die Methode von Socin, die Enucleation, nachdem er jedoch 2 Fälle von schwerer secundärer Blutung erlebt hatte, gab er diese

Methode zu Gunsten der Excision auf. Bei ungefähr 100 Operationen hat er nur einmal den N. recurrens verletzt. Verf. erwähnt, dass Lähmung eines Nerven in Folge Druck durch den Tumor sehr häufig war und zwar war meist die der stärksten Entwicklung des Tumors entgegengesetzte Seite die gelähmte. Es ist sehr wichtig, den Kehlkopf vor der Operation zu untersuchen; denn wenn man die eine Seite gelähmt findet, muss man sich desto mehr mit der anderen vorsehen.

Verf. hat mehrere anormale Fälle angetroffen, in denen das obere Horn nach hinten verlagert war und Trachea und Oesophagus umgab und einen Fall, wo die Drüse zwischen Trachea und Oesophagus sass.

Folgendes sind die vom Verf. für Operation bei einfachem Kropf angegebenen Indicationen: Progressives Wachsthum des Tumors; schnelles Wachsen mit Dyspnoe; Verengerung der Trachea: Beschwerden beim Schlucken; Veränderung der Stimme; Tachycardie und wachsende Nervosität; Entstellung in Folge Grösse des Tumors.

Bei der Operation nimmt Verf. anfangs Chloroform, dann Aether und Chloroform zu gleichen Theilen. Er hat niemals einen Todesfall oder beunruhigende Erscheinungen dabei erlebt. Von den 7 Fällen maligner Struma wurde einer durch Operation dauernd geheilt. Bei einfacher Struma hat er keinen Todesfall erlebt, dagegen 2 nach Operation bei Morbus Basedow.

S. macht eine senkrechte Incision nach innen vom Sternocleidomastoideus und unterbindet, bevor er die Drüse nach aussen wälzt, zuerst die A. thyreoidea superior, dann die inferior. Nach der Operation legt er für 24 Stunden ein Drain ein. Temperaturerhöhung tritt in 60—80 pCt. der Fälle ein.

Er hat nur einen Fall von Myxödem nach der Exstirpation gesehen und hier handelte es sich um eine maligne Struma. Nur in einem Falle musste die Tracheotomie gemacht werden.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

87) **Chas. R. L. Putnam. Angeborene Obliteration des Oesophagus mit Oesophago-Trachealfistel. (Congenital obliteration of the oesophagus with oesophagotracheal fistula.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Demonstration nebst Beschreibung eines durch Section gewonnenen Präparates.

LEFFERTS.

88) **S. J. Meltzer** und **J. Auer. Ueber einen Vagusreflex für den Oesophagus.** *Centralbl. f. Physiol. No. 10. S. 338. 1906.*

Reizt man das centrale Ende des Halsvagus beim Hunde mit Inductionsströmen von einer gewissen Reizstärke, so erhält man, wenn der andere Vagus intakt ist, eine tetanische Zusammenziehung der ganzen Speiseröhre, welche oft bald nach dem Reizbeginn einsetzt und fast immer sofort nach der Reizunterbrechung aufhört. Bei gewissen Graden der Narkose des Thieres erzielt man bei schwächeren Reizen eine tetanische Contraction nur des Halstheiles der Speiseröhre, der Brusttheil reagirt erst auf starke Reize und zwar oft ein wenig später als der Halstheil. Bei tiefer Narkose veranlassen auch starke Reize nur eine Contraction des Hals-

theiles, der Brusttheil reagirt dann gar nicht. Das betreffende Reflexcentrum besteht aus 2 Unterabtheilungen, von denen die eine, welche dem Halstheile vorsteht, leichter reizbar ist und der Narkose grösseren Widerstand leistet als die Abtheilung des Centrums, welche dem Brustösophagus vorsteht.

J. KATZENSTEIN.

89) **Richard Kümmel** (Hamburg-Eppendorf). **Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Erkrankung des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Bericht über einen einschlägigen Fall nebst ausführlichem Sectionsbefund.

HECHT.

90) **Chas. R. L. Putnam.** **Strictur der Speiseröhre mit gutem Resultat drei Jahre nach der Operation. (Stricture of the oesophagus showing good results three years after operation.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Vorstellung und klinische Geschichte des Falles.

LEFFERTS.

91) **Notiz des Herausgebers.** **Diagnose der malignen Speiseröhrenstricturen. (The diagnosis of malignant oesophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1906.*

Die Sondenuntersuchung giebt keinen Aufschluss über die Natur der Strictur, ob es sich um Spasmus, Divertikel, Narbe oder Neubildung handelt. Der Spasmus ist vorübergehend, Divertikel erkennt man am besten nach Anwendung von Bismuthum subnitricum auf dem Fluorescenzschirm, schwierig ist dagegen die Unterscheidung zwischen Narbenstricturen und Carcinom. Marcon schlug dazu folgende Methode vor: Ein Bougie mit olivenförmigem Ende wird in den Oesophagus eingeführt und durch die Strictur gewaltsam durchgebracht; ist dies nicht möglich, so wird es gegen die Strictur gedrückt und rasch wieder herausgezogen. Was dann am Ende der Sonde haftet, wird untersucht. Verf. führt einige Fälle an, in denen durch diese Methode die Diagnose auf Carcinom gestellt werden konnte.

LEFFERTS.

92) **D. v. Navratil.** **Ueber die narbenbildende Wirkung der Schilddrüsenstücke bei partieller und circulärer Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

In einer früher erschienenen Arbeit „Ueber eine neue Oesophagusnaht" gab N. schon bekannt, dass, wenn die partielle Oesophaguswunde mit einer in der Mucosa geführten Tabaksbeutelnaht und über diese noch mit einer in der Muscularis geführten fortlaufenden Naht verschlossen wird — die Glandula thyreoidea bei ihrem oberen Pole mit den Blutgefässen in Verbindung bleibt, beim unteren Pole unterbunden, und dann mobilisirt wird — die partielle Oesophaguswunde per primam heilt. In Folgendem ging N. einen Schritt weiter; er exstirpirte in drei Fällen einzelne Theile der Schilddrüse — die mit den Blutgefässen nicht in Verbindung blieben — und diese legte er auf die oben erwähnte Oesophagusnaht, die er mit ein Paar feinen Seidennähten fixirte. Die partielle Oesophaguswunde heilte auch in diesem Falle per primam. — In zwei Fällen legte er einen von Schilddrüsenstücken verfertigten Kranz auf die circuläre Oesophagusnaht mit gutem Erfolge. Heilung per primam. — In 4 Fällen resecirte er 1—$1\frac{1}{2}$ cm von dem Oeso-

phagus des Hundes circulär und legte den von Schilddrüsenstücken verfertigten Kranz auf die Oesophagusnaht. Der erste Fall misslang, der Hund ging aber nicht zu Grunde an eiteriger Mediastinitis. Die anderen drei heilten per primam mit mässiger Stenose. Die Thiere wurden controlgemäss getödtet und secirt. N. wollte so die am Oesophagus fehlende dritte Schicht, d. h. die Serosa durch die Schilddrüsenstücke ersetzen.

v. NAVRATIL.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XIII. Versammlung süddeutscher Laryngologen.*)

4. Juni 1906.

Vorsitzender: Winckler (Bremen).

(Officieller Bericht des Schriftführers Blumenfeld (Wiesbaden.)

1. Gutzmann (Berlin): Ueber die Tonlage der Sprechstimme.

Nach eingehender Würdigung der Untersuchungen Merkel's, Paulsen's u. A. bespricht G. die Methodik der einschlägigen Versuche. Wesentlich ist, dass der zu Untersuchende den Controlton nicht wahrnimmt. G. bediente sich zur Untersuchung der Sprechtonhöhe des von Gruber und Wirth im Wundt'schen Laboratorium angegebenen Kehltonschreibers. Daneben leistete auch die einfache Controle bei gutem musikalischen Gehör gute Dienste. Die persönliche Fehlerquelle G.'s war, wie Controlversuche zeigten, sehr gering. G. fasst seine Untersuchungsresultate wie folgt zusammen:

1. Die Untersuchung auf die durchschnittliche Tonlage der Sprechstimme muss möglichst ohne Wissen des zu Untersuchenden vorgenommen werden und nach genügender Feststellung muss die Prüfung des Tonumfanges angeschlossen werden.

2. Die durchschnittliche Tonlage ist bei normal sprechenden Männern, Frauen und Kindern an der unteren Grenze des Tonumfanges zu suchen und liegt bei Männern zwischen a und e, bei Frauen und Kindern zwischen a und e'.

3. Die Sprechtonlage entspricht keiner bestimmten Tonart.

4. Die ruhige Sprechstimme geht im Grossen und Ganzen in Cadenzen der kleinen Terz von statten, und zwar nach den von Helmholtz bereits angegebenen Regeln, wenn wir den musikalischen Werth des ganzen Satzes in Betracht ziehen. Innerhalb der einzelnen Silben jedoch schwanken die Tonhöhen flüssig ineinander.

5. In pathologischen Fällen handelt es sich gewöhnlich um eine Erhöhung der Tonlage, nur selten um eine Vertiefung, die gewöhnlich mit einer auffallenden Rauhigkeit des Klanges verbunden ist.

6. Die Cadenzen sind bei pathologischen Fällen erheblich grösser, nicht selten so gross wie beim Rufen.

---

*) Ausführlicher Bericht erscheint bei Stuber (C. Kabitzsch) in Würzburg.

Discussion:

Killian (Freiburg): Bei hysterisch Aphonischen kommt es vor, dass beim Wiederbeginn des Sprechens eine gewisse Schwierigkeit besteht, in der natürlichen Tonlage zu sprechen. K. gab diesen Kranken Stimmgabeln mit, deren Tonhöhe die zu gewinnende Höhe der Stimme annähernd entsprach. Die Tonhöhe stellte sich meist in kurzer Zeit wieder richtig ein.

Jurasz (Heidelberg) fand, dass bei der Pathologie des Stimmwechsels immer eine Tonerhöhung stattfindet.

Winckler (Bremen) empfiehlt bei Kehlkopfdrücken Sprechübungen, bei denen der Kranke ein Streichhölzchen zwischen den Zähnen hält.

Gutzmann (Schlusswort) stimmt zu, dass beim pathologischen Stimmwechsel vorwiegend Erhöhung eintritt, mit seltenen Ausnahmefällen. Beim Pressen und Drücken der Stimme kommt es in erster Linie darauf an, den harten Stimmansatz zu beseitigen.

2. Killian (Freiburg): I. Ein Nasenoperations-Stativ für Untersuchungszwecke.

Um einerseits dem Schüler Operationen, die im Naseninnern gemacht werden, zu demonstriren und andererseits die Uebungen der Schüler direct zu controliren, hat K. mit Instrumentenmacher Fischer in Freiburg ein Stativ construirt. Eine Kopfhälfte wird mittelst Kette an einer vertical stehenden Eisenplatte befestigt. Die Platte besitzt der Lage des Naseninnern entsprechend einen Ausschnitt, der mit einer Glasscheibe gedeckt wird. Von aussen wird über das Präparat eine aus Metallblech gestanzte Kopfhälfte gezogen. Ein geeigneter Schirm hält störendes Nebenlicht fern. Der Apparat ist für Nasenoperationscurse sehr geeignet.

II. Die Ballenger'sche Modification meines Septummessers.

Das bekannte Killian'sche Instrument hat B. in der Weise modificirt, dass er die Schneide drehbar machte. Damit sie sich von selber auf die Schnittrichtung unter dem Einflusse des jeweiligen ausgeübten Druckes einstellt, ist sie nicht gerade, sondern gebogen gestaltet mit der Concavität nach vorne. Das Messerchen erlaubt die ganze zu resecirende Knorpelplatte mit einmal zu reseciren.

III. T-förmige Canülen aus Gummi zur Behandlung von laryngotrachealen Stenosen.

Zur Dilatation von narbigen Veränderungen des Kehlkopfes und der Luftröhre benutzt K. statt des harten Materiales weichen Gummi. Die rothe Sorte ist vorzuziehen. Entzündliche Veränderungen, Geschwüre, entstanden durch den Reiz scharfer Trachealcanülen, kann man beseitigen, wenn man in die Luftröhre einen Gummischlauch einführt, der an einer Canülenplatte befestigt ist und der über die verengte Stelle hinausreicht. Difformitäten und Stenosen im Bereich der Trachealwunde können mit derartigen T-förmigen Canülen behandelt werden. Man kann dieselben gegebenenfalls von oben her mittelst Faden durch den Larynx ziehen und in die richtige Lage bringen.

IV. Bronchoskopisches.

a) Ein Kragenknopf im linken Hauptbronchus.

Der sehr interessante Fall muss im Original nachgelesen werden. Die Entfernung des anscheinend leicht zu fassenden Fremdkörpers gelang weder mit dem einfachen Häkchen, noch mit dem Lister'schen, da die Instrumente an dem mit der Platte vorliegenden Knopf immer wieder abglitten. Nachdem die ersten mit oberer Bronchoskopie gemachten Versuche fehlgeschlagen waren, wurde die Tracheotomie gemacht. Es gelang sodann nach verschiedenen Lageveränderungen des Knopfes denselben mit dem Häkchen zu entfernen. Die Schwierigkeit, welche sich bot, lag darin, dass der aus weisser Glasporzeilanmasse bestehende Knopf sehr glatt war, so dass er keinem Instrumente rechten Halt gewährte. Der weitere Verlauf des Falles war durchaus günstig. Diese Erkrankung führte Gutbert Morton zur Construction eines Hakens, den K. den Morton'schen Spiesshaken nennt. Derselbe ist in dem 21. Bande des „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology" genauer beschrieben.

b) Ein Knochenstück im rechten Hauptbronchus.

Versuche, den Fremdkörper durch obere Bronchoskopie in Chloroformnarkose (Skopolamin-Morphium) zu entfernen, misslangen in Folge der Reizbarkeit des Kranken. Tracheotomie. Nach einigen Tagen untere Bronchoskopie, wobei sich zeigte, dass das Knochenstückchen tief im rechten Stammbronchus steckte. Dasselbe verstopfte den Bronchus ganz. Wegen Schwellung der Schleimhaut zunächst Einführung eines 7 mm dicken Rohres. Nachdem der Fremdkörper über die verengte Stelle hinweggebracht, gelang es mittelst des Lister'schen Häkchens und eines 9 mm Rohres denselben definitiv zu entfernen. Die Schwierigkeit, welche dieser 13 mm lange, ebenso breite und 7 mm dicke Fremdkörper bot, lag wesentlich darin, dass er den Bronchialast vollständig obturirte. Um an derartig obturirenden Fremdkörpern besser vorbeizukommen, construirte K. ein verstellbares Häkchen, das sich geradegestreckt an dem Fremdkörper vorbeiführen lässt und sich in der Tiefe rechtwinklig auf Druck umbiegt.

V. Probebissen.

Bei functionellen Störungen des Schluckactes genügt die übliche Inspection der Mundrachenhöhle, Speiseröhre, Bougierung und Röntgenuntersuchung nicht. Vielmehr muss die Function der Kau- und Schlundwerkzeuge geprüft werden. K. giebt deshalb einen sogenannten Probebissen (Milchbrödchen). Die Zeit, welche zur Bewältigung desselben durch die Kauwerkzeuge benöthigt wird, ist individuell sehr verschieden. Um die Frage, ob der Probebissen normal zerkleinert wurde, exact entscheiden zu können, hat K. einen Kaubecher machen lassen. Derselbe enthält übereinander 5 Siebe, deren Lochweite vom obersten zum untersten allmälig abnimmt. Wenn man den Probebissen in den Becher bringt und unter der Regendouche zertheilt, so sondern sich seine Bestandtheile in sehr übersichtlicher Weise auf die verschiedenen Siebe.

Discussion:

v. Schrötter (Wien): Kautschuk leistete in einzelnen Fällen ausgezeichnete Dienste, doch können auch flexible Metalltuben mit gutem Erfolg verwendet werden. Die Dilatationstherapie soll man nicht schematisiren; die Laryngofissur als Mittel zur Dilatation ist im Allgemeinen nicht zu empfehlen.

Lind (Bern) berichtet von einem Fremdkörperfall im rechten Hauptbronchus, bei dem durch die Anwendung eines 10proc. Cocain-Spray Exitus letalis unter Krämpfen eintrat, nachdem der Fremdkörper glücklich entfernt war.

Keimer (Düsseldorf) bestätigt die günstigen Erfahrungen K.'s über die Gummicanülen.

v. Wild (Frankfurt a. M.) (zu V) weist darauf hin, dass schwere Magendarmstörungen durch mangelnde Achtsamkeit auf ein hinreichendes Kauen entstehen können.

Werner (Mannheim) (zu III) hat in einem Fall von Stenose des Kehlkopfes in den gespaltenen Kehlkopf nach Ausräumung stenosirender Gewebe Epidermis transplantirt. Der Erfolg ist bis jetzt, nach 6 Jahren, überraschend gut geblieben.

Ferner: v. Schrötter (Wien).

Killian (Schlusswort).

3. Kuhn (Kassel): Perorale Tubage in der Pharyngologie.

Von den in Betracht kommenden Methoden hat die perorale Intubation folgende Vorzüge.

1. Leichte Zugänglichkeit des Operationsfeldes (event. mit Längs- oder Querspaltung des weichen Gaumens resp. des Oberkiefers).
2. Sie führt keine Verstümmelung herbei.
3. Sie schützt vor der Gefahr der Aspiration.
4. Es bedarf keiner vorbereitenden Hülfsoperationen.

Die Narkose ist bei der peroralen Intubation ruhig und sicher. Erbrechen kann durch Druck auf die Tamponade hintangehalten werden. In Bezug auf die Technik der Intubation wird auf frühere Arbeiten K.'s verwiesen.

Discussion: Winckler (Bremen).

4. Fischenich (Wiesbaden): Syphilis des Nasenrachenraumes mit Exitus letalis.

Patient hatte vor 7 Jahren Lues acquirirt. Vielfache Behandlung mit Hg. und Jod, aber keine locale Behandlung der seit $3^1/_2$ Jahren aufgetretenen Erscheinungen im Nasenrachenraum. Verschiedentlich wurden kleine Sequester vom hinteren Theile des Septums und vom Keilbein spontan abgestossen. Es bestanden Kopfschmerzen. Plötzlich spontan auftretende schwere Blutung, die sich trotz Tamponade etc. verschiedentlich wiederholte und zum Tode führte. F. nimmt an, dass es sich um eine Blutung aus dem Sinus cavernosus oder petrosus handelte. Der Mangel einer früheren geeigneten localen Behandlung ist nach Fischenich's Ansicht für den üblen Ausgang verantwortlich zu machen.

Discussion: Killian (Freiburg).

(Fortsetzung folgt.)

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: E. Glas.

1. Kahler stellt einen 16jährigen Patienten mit Contusio laryngis vor. Die Beweglichkeitseinschränkung des einen Stimmbandes dürfte durch eine traumatische Arthritis mit Erguss in das Gelenk bedingt sein.

Discussion:

Menzel sah bei 2 ähnlichen Fällen in 4 Wochen vollständige Restitutio.

Fein möchte nicht ausschliessen, dass es sich in dem vorgestellten Falle um eine Fractur oder Infraction handeln könnte.

Roth erwähnt ebenfalls einen ähnlichen Fall, bei welchem nach 2 Wochen vollständige Heilung eintrat.

2. Kahler zeigt ein nach Saintclair Thomson von Reiner angefertigtes Adenotom, bei welchem das Verschlucken der Adenoiden durch 3 Widerhaken verhindert wird.

3. Kofler stellt ein zweijähriges Kind mit Retropharyngealabscess vor, der in den äusseren Gehörgang durchbrach.

4. Glas demonstrirt a) ein sehr zellreiches Chondrom (Chondrosarkom) der Nase, b) einen Sklerosekranken, dessen Gaumen von Infiltraten und Narben völlig durchsetzt ist, c) eine Lepra laryngis et narium. Der Primäraffekt der Lepra ist meist in der Nase zu suchen.

Sitzung vom 7. Februar 1906.

1. Glas stellt ein Uranoschisma vor, welches die anatomischen Verhältnisse von Nase und Nasenrachen in ausgezeichneter Weise demonstrirt. Ferner: einen Fall klinisch primärer Tuberculose des Septums und der unteren Muschel, einen Fall von linksseitiger Tonsillarsklerose.

Fein meint, dass das derzeitige Bild keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Initialsklerose giebt.

Weiter stellt Glas einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung vor, welcher bei Drehung des Kopfes nach rechts laut und deutlich sprechen kann, während er bei entgegengesetzter Bewegung aphonisch ist. Dieses noch nicht beschriebene Phänomen dürfte auf äussere Muskelwirkung zurückzuführen sein.

Hierzu sprechen Roth und Weil.

2. Hanszel stellt eine Patientin vor, bei welcher im Jahre 1902 wegen einer die Kieferhöhle ausfüllenden Kiefercyste die Jodoformplombirung nach v. Mosetig ausgeführt wurde. Pat. ist seit $2^1/_2$ Jahren geheilt. Plombenschatten am Radiogramm verschwunden. Interessant ist die Thatsache, dass über 1 Jahr lang eine kleine Fistel in der Mundhöhle bestand, durch die man die Veränderung der Plombe mit der Sonde fühlen konnte und dass trotz dieser Communication keine Infection der Höhle stattfand.

Discussion:

Grossmann macht Mittheilung, dass er schon seit längerer Zeit bemüht ist, für die Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen eine Untersuchungsmethode, welcher die Zuhülfenahme der Röntgenphotogramme zu Grunde liegt, auszubilden und wird später darüber berichten.

Auf Bemerkungen der Herren Weil, Heindl, Hajek und Neumann betont Hanszel ausdrücklich, dass auch er ungünstige Erfolge von der Plombirung der Kieferhöhle kennt, dass er aber diesen Fall von Kiefercyste auf diese Art der Plombirung vollständig heilen konnte.

3. Menzel stellt einen Patienten mit pseudoleukämischen Veränderungen am Zungengrunde und im Nasenrachenraum vor.

Discussion:

Glas betont die auffallend livide Blässe der Schleimhaut und erwähnt die Todesfälle in Folge Verblutung bei Operationen an solchen Patienten.

Weiter sprechen zu dieser Demonstration Chiari, Hajek, Neumann, welch ersterer nach der Begründung der Diagnose Pseudoleukämie fragt.

4. Grossmann kommt auf die im Archiv für Laryngologie und Rhinologie, 1904. Bd. 16. Heft 1 von Prof. P. Schultz in Berlin erschienene Abhandlung: Betheiligung des Sympathikus an der Kehlkopfinnervation zu sprechen und hält die Frage, ob sich der Sympathicus an der motorischen Innervation des Larynx betheiligt, im verneinenden Sinne für entschieden.

5. Hajek hält einen Vortrag über „Eine Modification der Killianschen Operationsmethode bei chronischen Stirnhöhlenempyemen." Hautschnitt wie bei Killian, Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand; Formirung der Spange (Killian). Nunmehr Periostschnitt entlang dem Supraorbitalrand, Ablösung des Periostes über der Trochlea, Absprengung der Trochlea. Abdrängung des Orbitalinhaltes vom Orbitaldach. Das Periost vom aufsteigenden Oberkieferfortsatz und der Lamina papyracea wird nun abgelöst, sodass die ganze mediale und obere orbitale Wand zugänglich sind. Die Entfernung der oberen Orbitalwand kann in wenigen Minuten erfolgen. Die Zugänglichkeit der Orbitalzellen des Siebbeins ist tadellos. Von einer totalen Resection des Proc. frontalis kann abgesehen werden. Die Lamina papyr. wird eingebrochen und eine breite Communication in die Nase angelegt — der überragende hintere Rand des Proc. front. wird abgekniffen, um eventuell hier vorhandene Siebbeinzellen freizulegen. Nun kann auch das hintere Siebbeinlabyrinth und die Keilbeinhöhle angegangen werden. — Entsprechende Naht. In vier Fällen der beste Erfolg, keine Obliquuslähmung.

Sitzung vom 7. März 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: E. Glas.

Kahler: An einem 50jährigen Patienten, dessen linke Stirnhöhle schon früher wegen Eiterung nach Luc Ogston operirt war, wurde wegen neuerlicher Beschwerden von Prof. Chiari die Radikaloperation nach Killian aus-

geführt (17. Februar d. J.). An der Chiari'schen Klinik wurden noch weitere 3 Fälle nach Killian operirt, ein Fall mit Schonung der Trochlea, zwei Fälle mit Ablösung. Seit den Operationen ist die Zeit noch zu kurz, als dass über den Erfolg etwas Definitives gesagt werden kann.

Kahler demonstrirt eine directe Tracheoskopie nach Killian.

Glas stellt 1. die in der letzten Sitzung demonstrirte Initialsklerose der Tonsille abermals vor, bleibt bei seiner Auffassung.

Fein hingegen constatirt auch diesmal, dass nichts gegen die Auffassung als secundäre Veränderungen spricht;

2. einen weiteren Fall von Initialsklerose der Tonsille, welcher im December 1905 als wahrscheinlich diagnosticirt und nach $2^1/_2$ Monaten bestätigt wurde.

Discussion:

Weil und Roth.

3. Tuberculöse Ulcerationen und Granulationen des retronasalen Raumes.

Discussion:

Hajek würde doch Jodkali versuchen, da er Lues nicht ausschliessen möchte.

4. Demonstration des Pharynx und Larynx eines an acuter Leukämie verstorbenen Patienten. Es handelte sich um multiple gangränöse Entzündungsherde im Mund und Rachen.

Discussion:

Weil erwähnt einen ähnlichen Fall aus der Literatur.

Fein stellt einen jungen Mann vor, bei welchem er auf endolaryngealem Wege ein tuberculöses Granulom aus dem oberen Theile der Luftröhre entfernt hat. Sonst nirgends Zeichen von Tuberculose. Chiari-Hanszel.

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom Februar 1906.

Donellan: Fall von Kehlkopfulceration zur Diagnose.

Dundas Grant: Fall von ausgedehnter syphilitischer Ulceration im Pharynx bei einem 28jährigen Manne, mit Calomelinjectionen behandelt.

Der Pat. wurde bereits in einer früheren Sitzung vorgestellt; Dr. Liven (Aachen) schlug damals vor, Calomelinjectionen zu machen, da die anderen antisyphilitischen Maassnahmen erfolglos geblieben waren. Schon nach der ersten Injection war eine Besserung zu verzeichnen und jetzt ist ein sehr gutes Resultat vorhanden. Die Injectionen wurden zweimal wöchentlich gemacht und verursachten etwas Schmerzen.

Kelson fragt, ob nicht der Methode Uebelstände anhaften.

Potter macht auf einen Artikel von Lambkins in British Medical Journal aufmerksam, in dem ausgeführt wird, dass die Calomelinjectionen zwar wirksam

aber schmerzhaft sind und zu localen Schwellungen Anlass geben können, während er bei 40000 Hg-Injectionen niemals irgendwelche ernstliche Complicationen gesehen hat.

Dundas Grant: Sondermans's Saugapparat.

Demonstration des Apparats und seine Anwendung.

Derselbe: Fall von Eiterung der Stirnhöhlen, mittelst intranasaler Methoden behandelt; Erweiterung des Infundibulums durch Bougies; nebst Skiagramm.

Der Fall betrifft einen 31jährigen Mann, bei dem die Beschwerden nachliessen, als Pat. lernte den Canalis naso-frontalis durch tägliche Bougierung offen zu halten.

Charters Symonds: Eiterung der Stirnhöhle nur durch Irrigation behandelt.

30jähriger Mann, der sich täglich die Stirnhöhle ausspülte und der sich nach 6 Monaten selbst für geheilt hält. Man sieht jedoch im mittleren Nasengang noch Eiter, doch fehlen alle subjectiven Symptome.

Waggett: Erfolg oder Misserfolg dieser Methode scheint von der Grösse und Gestalt der Höhle abzuhängen. Er hat viele Fälle so behandelt. Die Symptome liessen zwar nach, eine wirkliche Heilung hat er jedoch mit 2 oder 3 Ausnahmen nicht gesehen.

Herbert Tilley: Heilung wird durch Ausspülung nicht erzielt, wenn, wie es oft der Fall ist, vereiterte Siebbeinzellen zwischen Stirnhöhle und Orbita existiren. Die Beseitigung dieser ist bei der Operation von höchster Wichtigkeit.

Chichele Nourse hat mehrere Jahre lang seine Fälle mittelst Ausspülungen mit verschiedenen Flüssigkeiten behandelt, aber niemals einen Fall auf diese Weise zur Heilung gebracht. Auch die Einlegung einer Tube in den Nasofrontalcanal hat keinen Zweck.

Scanes Spicer meint, dass sehr häufig Besserung durch Fortnahme der vorderen Siebbeinzellen erzielt werden kann. Wo eine wirksame Drainage der Höhle auf andere Weise nicht erzielt werden kann, muss die Radicaloperation empfohlen werden.

Brunett führt aus, dass es leichter ist, eine erkrankte Höhle zu bougieren, als eine gesunde.

Furniss Potter: Fixirung des rechten Cricoarytaenoidgelenkes in Folge Infiltration, wahrscheinlich maligne Erkrankung.

An der Discussion über die Diagnose nehmen Theil: Sir Felix Semon, Grant, Waggett und der Vorsitzende.

Scanes Spicer: Fall von Neubildung im Kehlkopfinnern bei einem 73jährigen Manne. Vorgestellt in der Juni-Sitzung 1905.

Die Oberfläche der vorderen Hälfte beider Stimmlippen war bedeckt von rauhen, gelblich-weissen (ulcerirten?) Hervorragungen. Es bestand keine Unbe-

weglichkeit, Schmerzen, Husten, Dyspnoe, Blutung, Kachexie oder Drüsenschwellung. Ein zur Untersuchung entferntes Stück wird als Papillom gedeutet.

Sir Felix Semon denkt an eine Mycosis.

Pegler meint, dass die weisse Farbe bedingt sei durch den Charakter und die Dicke der Schicht von Hornzellen, die wie die Spitzen einer papillomatösen Geschwulst aussehen.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo die Affection von dem einen Stimmband ohne Operation verschwand.

Grant erinnert an einen ähnlichen Fall, der in Krieg's Atlas beschrieben ist als Beispiel einer Pachydermie oder Keratose.

Kelson: Gestielte Geschwulst der Uvula.

Es handelt sich um ein Papillom.

Stuart Low: Fall von Epitheliom des Nasenrachens nebst mikroskopischem Präparat.

Pat. ist ein 44jähriger Mann, der sehr viel in Staub zu thun hat. Die Erkrankung begann mit Schwerhörigkeit und Gesichtsabnahme. Man fand einen grossen von der Hinterwand des Nasenrachens ausgehenden Tumor.

Wyatt Wingrave hat den Fall mikroskopisch untersucht und gefunden, dass der Tumor hauptsächlich aus epitheloiden Zellen besteht, die vom Endo- oder Perithel herstammen.

Der Vorsitzende berichtet über zwei ähnliche inoperable Fälle.

Dundas Grant: Fall von Injection kalten Paraffins wegen Nasendeformität.

24jähriger Mann mit Depression des Nasenrückens. Ein vor 2 Jahren durch Paraffin erzieltes günstiges Resultat ist dadurch zu schanden geworden, dass Pat. sich einer sehr hohen Temperatur aussetzte, indem er als Heizer an Bord eines Schiffes arbeitete. Jetzt ist durch Injection kalten Paraffins mit Melin's Instrument ein gutes Resultat erzielt worden.

Sir Felix Semon verliest einen Auszug aus einem Aufsatz von Kirschner (Berlin), der ausführt, dass Paraffin nicht zu den Substanzen gehört, die im Körper einheilen, sondern dass es entweder resorbirt wird oder locale Störungen veranlasst, die eine vorzeitige Entfernung erforderlich machen.

Donelan hat Gelegenheit gehabt, ein Stück injicirten Paraffins zu entfernen, das nach der Wange zu gegangen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das Paraffin in feinkörnigem Zustande diffus im Bindegewebe vertheilt war.

Scanes Spicer erinnert an einen Fall aus dem Jahre 1902, in dem das Paraffin in die Augenlider übergetreten war. Excidirte Stücke zeigten, dass das Paraffin in einer kugligen molecularen Form im Gewebe enthalten war.

Sir Felix Semon meint, das kalte Wachs sei so eindrückbar, dass es schon durch den Druck der Kissen verdrängt werden kann.

E. B. Waggett.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Juni 1906.

Gutzmann demonstirt den von Krüger und Wirth construirten Kehltonschreiber, der in ausgezeichneter Weise jede Vibration, die im Bereiche des sprechenden Kehlkopfes erfolgt, wiedergiebt; er bestimmt sehr exact die Tonhöhe, stellt graphisch die verschiedenen Formen der Stimmeinsätze dar u. s. w.

E. Meyer demonstrirt 1. das Präparat eines durch ein Trauma narbig verengten Kehlkopfes, dessen Ringknorpelplatte vollkommen verloren gegangen ist; 2. einen Fischkopf, den ein Patient in die Bronchien aspirirt hatte und bei den Vorbereitungen zur Bronchoskopie aushustete.

A. Rosenberg zeigt das mikroskopische Präparat des in der vorigen Sitzung demonstrirten Nasensarkoms; es findet sich reichliches braunes Pigment in demselben.

P. Heymann zeigt einen ungewöhnlich grossen vollständigen Ausguss der Nase bei Rhinitis fibrinosa; in den Membranen fanden sich keine Diphtheriebacillen, sondern nur Staphylokokken und in einer derselben eine das ganze Präparat durchsetzende Soorwuchernng.

E. Meyer: In frischen Fällen von Rhinitis fibrinosa finden sich immer Diphtheriebacillen, in älteren werden sie oft durch andere Mikroorganismen überwuchert.

Mnsehold demonstrirt sein neues verbessertes Stroboskop; dasselbe hat gegen die früheren den Vorzug, dass hier nicht wie früher die Lichtunterbrechung am Ende der Lichtbahn stattfindet, sondern die Lichtquelle selbst unterbrochen wird. Auf demselben verstellbaren Stativ befindet sich die elektrische Lampe und dicht davor die stroboskopische Scheibe, sowie vor der letzteren noch eine das Licht zusammenhaltende Linse. Man kann den Apparat mit dem Stirnspiegel benutzen und sich dem zu Untersuchenden beliebig nähern.

Bochner demonstrirt eine Patientin mit Lupus laryngis, die er mit dem Galvanokauter zu behandeln gedenkt.

E. Meyer hat in letzter Zeit günstige Resultate erzielt durch auf autoskopischem Wege in den Kehlkopf geleitete Röntgenstrahlen.

Senator empfiehlt einen Versuch mit der von Holländer angegebenen combinirten Calamel- und Jodkalitherapie.

Scheier hat mit dieser Methode in 2 Fällen von Larynxtuberculose gute Erfolge zu verzeichnen gehabt. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress Wien 1908.

(Türck-Czermak-Gedenkfeier.)

1. Zahl der Einladungen		1407
2. Zusagen:		
	Aus Deutschland	60
	„ England	24
	„ Frankreich	7
	„ Belgien	8
	„ Russland	3
	„ Italien	5
	„ Amerika	11
	Diverse	27
	Zusammen	145 Zusagen.

3. Delegirte ärztlicher Gesellschaften:

Sir Felix Semon	Laryngological Society of London.
Geh. Rath Moritz Schmidt	Deutsche Laryngologische Gesellschaft.
Dr. Stucky	The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology.
Prof. Grazzi	Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.
„ Loeb	St. Louis University.
„ Bayer, „ Capart, „ Eeman, „ Schiffers	Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.
„ Zwaardemaker	Neederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging.
„ v. Sokolowski	Warschauer laryngologische Gesellschaft.
„ Navratil	Rhino-laryngol. Section des kgl. ungar. Aerztevereins Budapest.
„ Heymann	Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
„ Barth	Sächsisch-Thüring. Ohren- und Kehlkopfärzte Leipzig.
Dr. Newcomb	American Laryngological Association New York.
Prof. Neumayer	Laryngo-Otol. Gesellschaft München.

4. Referate und Referenten:

Sir Felix Semon (London)	„Die allgemeine Behandlung localer Leiden der oberen Luftwege".
Prof. Spiess (Frankfurt a. M.)	Correferat.
B. Fränkel (Berlin)	„Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein medicinischen Standpunkt. Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten".
Dr. Lermoyez (Paris)	Correferat.
Dr. Gleitsmann (New-York)	„Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege".
Dr. Heryng (Warschau)	Correferat.
Prof. Burger (Amsterdam)	„Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie".
Prof. Gradenigo (Turin)	Correferat.

Prof. Jurasz (Heidelberg) . . . „Internationale Laryngo - Rhinologen - Congresse“.
Prof. Onodi (Budapest) . . . . „Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges“.
Prof. Kuhnt (Königsberg) . . . . Correferat.

Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress wird unter dem Ehrenpräsidium des Herrn Hofraths Prof. v. Schrötter in Wien 1908 stattfinden.

Geschäftsordnung.

Artikel 1. Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien findet vom 21. bis 25. April 1908 statt und wird aus Anlass des 50jährigen Jubiläums der laryngologischen-rhinologischen Wissenschaft mit einer Türck-Czermak-Feier verbunden sein.

Artikel 2. Am Congress sollen ausschliesslich wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden. Gleichzeitig wird eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten etc. stattfinden.

Artikel 3. Die Vorträge sind bis spätestens 31. December 1907 beim Secretär des Congresses anzumelden.

Artikel 4. Die Vorträge werden in der Reihenfolge der Anmeldung auf das Programm gesetzt. Die nach dem 31. December 1907 angemeldeten Vorträge können erst nach Absolvirung des bereits festgestellten Programms an die Reihe kommen.

Artikel 5. Die Vorträge können in deutscher, englischer und französischer Sprache gehalten werden.

Artikel 6. Für jeden Vortrag sind höchstens 20 Minuten eingeräumt. Bei der Discussion können die Redner nur 5 Minuten für sich in Anspruch nehmen und zu einem und demselben Vortrag nicht öfter als einmal das Wort ergreifen.

Artikel 7. Von jedem Referat wie auch von jedem Vortrage ist bis längstens 31. December 1907 ein kurzes Resumé in einer der vorgenannten drei Sprachen an den Secretär des Congresses einzusenden.

Artikel 8. Die Mitgliedstaxe beträgt 25 Kr. = 20 M. und ist beim Trésorier des Congresses, Herrn Dr. Gottfried Scheff, Wien, I. Hoher Markt 4, oder bei den Delegirten der einzelnen laryngo-rhinologischen Gesellschaften zu entrichten. Erst auf Grund dieser Bezahlung kann die Mitgliedskarte bezogen werden.

Artikel 9. Zur Erinnerung an die Türck-Czermak-Feier wird an die Mitglieder des Congresses eine mit dem Bildniss der beiden Forscher geschmückte Medaille vertheilt werden. Es ist dafür Sorge getragen, dass auch für Nichtmitglieder diese Medaille zum Preise von 20 Kr. erhältlich ist.

Artikel 10. Jedes Mitglied hat das Recht auf die gedruckten Sitzungsberichte.

Secretär:
Prof. M. Grossmann m. p.
IX, Garnisongasse 10,
Wien.

Präsident:
Prof. O. Chiari m. p.
I, Belariastrasse 12,
Wien.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, December. 1906. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) . . . **Manuel Garcia.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngoskopie. Bd. XVII. S. 1. 1905.*

Der Herausgeber des Archivs für Laryngologie giebt einen kurzen Bericht über die Feier des 100. Geburtstages des genialen Erfinders des Laryngoskops und schliesst daran einige interessante Ausführungen über die Geschichte dieser Erfindung. Das vorzüglich ausgeführte Bild des Meisters, das dieser „seinen Freunden den Laryngologen" gewidmet hat, schmückt den Band.

F. KLEMPERER.

2) **E. L. Shurly. Die Kunst der Laryngoskopie. (The art of Laryngoscopy.)** *Detroit Medical Journal. Juli 1906.*

In dem Artikel wird die Bedeutung der Laryngoskopie für die allgemeine Medicin gewürdigt.

EMIL MAYER.

3) **A. Ducceschi. Athmungscentrum und Schluckcentrum.** *Centralbl. f. Physiol. Bd. 29. No. 24. S. 889.*

Bei Hunden, denen man die Luftröhre mit einer Klemme verschliesst, tritt bei jedem Athmungsversuch eine Zusammenziehung der Speiseröhre ein; dieselbe ist nur selten von jenem Complex von Zungen- und Larynxbewegungen begleitet, welche einem vollständigen Schluckact entsprechen, sie setzt aber im Pharynx ein und dehnt sich bis auf die Bruststrecke des Oesophagus aus. Dieselben Vorgänge beobachtet man, wenn das Thier in Dyspnoe versetzt wird, z. B. bei Verblutung, Oeffnung des Thorax, beiderseitiger Durchschneidung des Vagus am Unterende des Halses. Die beobachteten Contractionen des Oesophagus finden ihre Erklärung in der Annahme, dass es sich bei ihrem Zustandekommen um eine Ausbreitung des Reizes von dem Athem- auf das Schluckcentrum handelt. Würde man annehmen, dass diese Reizausbreitung sich auch beim asphyctischen Menschen einstellt, so würden dadurch die Thatsachen erklärt, dass der Magen Ertrunkener oft mit Wasser gefüllt ist und dass der Fötus im Zustande der Erstickung die bekannten, sich wiederholenden Schluckbewegungen ausführt.

J. KATZENSTEIN.

4) **K. G. Ploman. Ueber künstliche Athmung beim Menschen.** *Skandin. Arch. f. Physiol. Bd. XVIII. 1, 2. p. 57.*

Die einseitig exspiratorischen Methoden, z. B. Howard's, Schäfer's stehen hinter den sogen. amtigenen, welche sowohl in in- wie exspiratorischen Bewegungen bestehen, zurück. Eine Art von Mittelstellung zwischen diesen beiden nimmt die Hall'sche Rollmethode ein, indem beim Rollen zur Seitenlage infolge der Aufrichtung des Rückgrats die Respiration etwas grösser zu sein scheint, als die nur durch die Elasticität des Brustkorbes erhaltene. Die Methoden von Djelitzin-Silvester, dem Verf. und Schüller erfüllen am Besten die Forderungen, welche an eine künstliche Athmungsmethode gestellt werden müssen.

J. KATZENSTEIN.

5) **Ross Allen Harris. Mundathmung in Bezug auf die Hygiene des Geistes und Gemüthes. (Mouth breathing in relation to mental and moral hygiene.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Da unter zehn Schulkindern in den grossen Städten immer eins Mundathmer ist und von fünf immer eins vergrösserte Cervicaldrüsen hat, so schlägt Verf. vor: Monatliche Inspection aller Schulen und Institute für Kinder durch competente Aerzte; Schulinstruction in Bezug auf Ursache und Folgen der Mundatmung nebst Stunden über Hygiene des Mundes und der Nase. Frühzeitige Operation, wenn die Ursache der Mundathmung entdeckt ist.

EMIL MAYER.

6) **Lewin S. Somers. Die Wirkung des Tabaks auf Nase, Hals und Ohr. (The effect of tobacco on the nose, throat and ear.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juli 1906.*

Bei specifischen Affectionen, wie Syphilis und Tuberculose, wirkt Rauchen stets schädlich und sollte deshalb verboten werden.

EMIL MAYER.

7) **C. L. M. Shedell** (Melbourne.) **Die Wirkung des Alkohols auf Hals und Stimme. (The effect of alcohol on the throat and voice.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Juni 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Wirkung des Alkohols in Hinsicht auf Hals und Stimme mehr durch den Einfluss auf den Gesammtorganismus, als durch eine locale Reizung bewirkt wird. In Bezug auf diese Wirkung besteht eine ausgesprochene persönliche Idiosynkrasie bei manchen Personen, während andere, die sehr starke Trinker sind, gar keine unangenehmen Wirkungen auf ihre Halsorgane bemerken. Verf. meint, dass eine häufige Ursache der Pharyngitis abnorme Gährungsvorgänge im Magen, verursacht durch Alkohol, Gingerale etc. sind.

A. J. BRADY.

8) **A. Jurasz** (Heidelberg). **Casuistische Beiträge zu seltenen und bemerkenswerthen Erkrankungen der oberen Athmungsorgane.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 325.*

1. Ein überzähliger Zahn in der Nasenhöhle. 2. Ein Fall von Tonsilla pendula pharyngea. 3. Ein Fall von genuiner Pharyngitis fibrinosa (pseudomembranacea, crouposa, diphtherica). (Diphtheriebacillen wurden nahezu in Reincultur ge-

unden; die Pat. war fieberlos, in ihrem Allgemeinbefinden kaum gestört. Das Besondere war, dass der ganze Process sich ausschliesslich auf den Nasenrachenraum beschränkte, sich streng an die Grenzen desselben hielt und auf Nase und Rachen nicht überging). 4. Ein Fall von Kehlkopfcyste der rechten Membrana quadrangularis. 5. Acute schwere Kehlkopfentzündung nach dem Einatmen von Bromdämpfen.

F. KLEMPERER.

9) **Vörner** (Leipzig). **Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut.** *Dermat. Zeitschr. Bd. XIII. H. 2. 1906.*

Nach den Untersuchungen von Vörner scheint mikroskopisch die Dellenbildung bei den Schleimhautknötchen des Lichen ruber planus gar nicht so selten zur Entwickelung zu kommen; makroskopisch ist sie offenbar ein nicht häufiger Befund.

SEIFERT.

10) **Herm. Streit** (Königsberg). **Histologisch-klinische Beiträge zum Sklerom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 407.*

11) **Gerber** (Königsberg). **Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz.** *Ebendaselbst. Bd. XVI. S. 550.*

Streit berichtet ausführlich über den Fortgang seiner Skleromforschungen und fasst die Resultate seiner histologisch-klinischen Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Mutterzelle der „hydropisch" degenerirten, für das Sklerom charakteristischen Zelle ist keine Zelleinheit, sondern es können morphologisch und genetisch vollkommen differente Zellgattungen, Bindegewebszellen, Epithelzellen, vielleicht auch andere Zellen denselben Degenerationsprocess durchmachen. 2. Die Sklerombacillen dringen nicht nur in den Protoplasmaleib, sondern bisweilen auch in den Kern der Epithelzellen ein. 3. Die Invasion der Bacillen findet beim Sklerom von der äusseren Epitheloberfläche statt, der Beginn der Erkrankung kann demnach im Epithel vor sich gehen. 4. Das Sklerom kann bisweilen unter einem von der gewöhnlichen Rhinitis chronica nicht zu unterscheidenden Krankheitsbilde auftreten. Dieses Krankheitsbild wäre als Rhinitis scleromatosa zu bezeichnen. 5. Es kommen klinisch anscheinend als reine Ozaenafälle auftretende Erkrankungen vor, bei denen man ein bisher nur für Sklerom als charakteristisch angesehenes Bild im Epithel vorfindet. 6. Ob das Sklerom primär im Larynx entstehen kann, erscheint zwar nicht unmöglich, doch sind bei Weitem die meisten der anscheinend hierfür sprechenden Publicationen nicht einwandsfrei. Jedenfalls ist der primäre Beginn der Erkrankung im Kehlkopf viel seltener, als es bisher den Anschein hatte.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung des Skleroms empfiehlt Streit: Aufnahme des Skleroms unter die anzeigepflichtigen Krankheiten und dauernde Ueberwachung der beiden deutschen Infectionsherde in Oberschlesien und Masuren.

Wie schwierig und unsicher die Diagnose des Skleroms noch ist, geht aus der Bemerkung Gerber's zu Streit's Aufsatz hervor. Streit äussert in seiner Arbeit Bedenken gegen die Diagnose eines von G. kürzlich als Skleromfall publicirten Falles, einmal wegen des negativen Ausfalls der histologischen Unter-

suchung, zweitens weil der Fall aus einer skleromfreien Gegend stammt. Gerber erwidert: dass es eben klinisch sichere Fälle von Sklerom giebt, bei denen die histologische Untersuchung versagt; zweitens, dass eine Gegend nur so lange skleromfrei sei, bis ein Skleromfall dort constatirt ist. F. KLEMPERER.

12) **Sir Felix Semon. Eine Vorlesung über einige ungewöhnliche Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen. (A lecture on some unusual manifestations of syphilis in the upper air passages.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Eine Reproduction des Artikels, der am 13. Januar 1906 im British Medical Journal erschien. EMIL MAYER.

13) **Emil Mayer. Die Erkennung von Affectionen der oberen Luftwege bei Schulkindern. (The recognition of affections of the upper air passages in school children.)** *California State Journal of Medicine. Juli 1906.*

Eine Ansprache an die Schulärzte der Stadt New-York, die dem Laryngologen nichts Neues sagt. EMIL MAYER.

14) **Meyer** (Berlin). **Erfahrungen mit den directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Empfehlung der Autoskopie für endolaryngeale Operationen bei Kindern. Erwähnung zweier Fälle von Membranbildung: I. 8 Monate altes Kind. Erstickungsanfälle. Spaltung der Membran im Röhrenspatel. II. 5jähriger Junge. Autoskopisch gespaltene Membran wieder verwachsen, so dass Laryngofissur mit Excision der Narbe nöthig wurde. Heilung.

Bei der Tracheoskopie konnte Narkose meist entbehrt werden, bei der Bronchoskopie ist sie empfehlenswerth. Contraindication der Tracheoskopie: Aneurysma und erweichte maligne Tumoren. Bei Struma Tracheoskopie werthvoll: bei einer strumektomirten Patientin, bei der Athemnot fortbestand, konnte eine Achsendrehung und Compression der Trachea bewirkende Struma festgestellt werden.

Ferner konnten die Athembeschwerden einer Patientin mit derben Strumaknoten — inoperabel — und daraus resultirenden Compressionen der Trachea durch Dilatation mit dem tracheoskopischen Rohr selbst und dann mit einem besonders angefertigten Dilatationstubus zeitweilig gemildert werden.

Bronchoskopisch konnte Verf. einen Wattebausch aus einem Bronchus entfernen, durch untere Tracheoskopie und Bronchoskopie bei einem Knaben fibrinöse Beläge, die noch nach Tracheotomie Erstickungsanfälle hervorgerufen hatten.

Die lokale Therapie der Trachea und der Bronchien ist mit diesen directen Methoden in die Wege geleitet. ALBANUS (ZARNIKO).

15) **Arth. Alexander** (Berlin). **Neue Instrumente.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 338.*

Beschreibung und Abbildung einer 1. Doppelkürette für die Epiglottis und die Zungentonsille; 2. Modification der Fränkel'schen Kehlkopfzange; 3. Pharynxlupe (Louis und H. Loewenstein). F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Oscar Sund. Die Entwickelung des Geruchsorgans bei Spinax niger.** *Zool. Jahrb. Abth. f. Anat. u. Ont. d. Thiere. Bd. 22. H. 1. S. 157.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

17) **G. Perna. Die Nasenbeine.** *Arch. f. An. (u. Physiol.). H. 2, 3. S. 118. 1906.*

Das Nasenbein des Menschen entwickelt sich mit zwei Ossificationspunkten, wovon der eine dem lateralen Theile (ursprünglichem äusseren Nasenfortsatze), der andere dem medialen Teile (ursprünglichem inneren Nasenfortsatze) entspricht. Der erste der beiden Ossificationskerne entwickelt sich am Ende des 2. Monats in dem die knorpelige Nasenkapsel umgebenden Bindegewebe, der zweite, weniger entwickelte, nach dem 4. Monate im obersten Theile der Nasenrückenknorpel; letzterer wird dorsal von den Knochenbälkchen des ersteren bedeckt. Der Naseneinschnitt (Incisura nasalis) hat eine mit der Scheidung der genannten Knochenkerne zusammenhängende morphologische Bedeutung. Die Fälle von Nähten des Nasenbeins sind durch die Art und Weise seiner Entwicklung erklärlich; die der Länge nach verlaufenden Nähte entstehen durch das Ausbleiben der Verschmelzung der von den beiden Ossificationspunkten ausgehenden Knochenkerne und stellen ein Verharren bei der embryonalen Anordnung vor; die queren Nähte können als von einem anormalen Verlaufe der Knochenbälkchen in der Ausstrahlung von den einzelnen Ossificationspunkten herrührend betrachtet werden. Die lateralen und orbitalen Fortsätze der Nasenbeine stellen einen Rest des ursprünglichen Verhältnisses zwischen dem seitlichen Theile der Nasenbeine und dem lacrymalen Theile der Proc. frontales maxillae dar. J. KATZENSTEIN.

18) **Emil Glas** (Wien). **Ueber intraepitheliale Drüsen, Cysten und Leukocytenhäufchen der menschlichen Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 236.*

Verfasser fand in 12 von 120 untersuchten Objecten der Nasenschleimhaut (Muschelhypertrophien und Polypen) intraepitheliale Drüsen: primitive, im Epithel lagernde, die untersten Schichten nicht überschreitende Einzeldrüschen, deren schleimiges Secret durch ein cylindrisches oder flaschenförmig ausgebauchtes Lumen (intraepithelialer Drüsenausführungsgang) nach aussen entleert wird. Diese Drüsen sind pathologische Producte, man findet sie vorzüglich in den Fällen mit beträchtlicher Verschleimung der oberflächlichen Epithelzellen, bezw. Becherzellenbildung. — In zahlreichen Präparaten fand Verf. intraepitheliale Vacuolen, welche er zum Theil mit der Bildung und dem Zugrundegehen von Becherzellen in Zusammenhang bringt, zum Theil auf Auseinanderdrängen benachbarter Epithelzellen durch durchwandernde Leukocyten zurückführt. Nicht wenige dieser Vacuolen stellen Reste intraepithelialer Cysten dar, die Verf. zum grossen Theile als Retentionscysten intraepithelialer Drüsen auffasst, zum kleineren Theil auch durch Auseinanderdrängen der Basalantheile der langgestrecktenEpithelzellen in Folge Wanderung leukocytärer Elemente oder durch

Metaplasirung des Epithels erklärte. — In einigen wenigen Präparaten fand Verf. eiförmig gestaltete, aus lymphoiden Zellen bestehende, scharf abgegrenzte intraepitheliale Leukocytenhäufchen, welche er sowohl auf Anhäufung der Wanderzellen in Hohlräumen (Vacuolen, intraepithelialen Cysten), als auf intercelluläre Weitungen durch durchwandernde lymphoide Elemente zurückführt.

F. KLEMPERER.

19) **S. J. Kopetzky** (New-York). **Ueber das Vorkommen von elastischen Fasern in der hypertrophischen unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 388.*

K. hat auf der Lucae'schen Ohrenklinik in Berlin 20 Fälle von Hypertrophie der unteren Nasenmuschel und zwar diffuser und circumscripter, papillärer und glatter Hypertrophie untersucht und festgestellt: dass die elastischen Fasern in der Tunica propria der normalen Schleimhaut beinahe vollständig fehlten; dass sie in diffusen und glatten Hypertrophien nur spärlich sich finden, dagegen bei Uebergang von der diffusen Hypertrophie zur papillären sich allmälig vermehren, bis sie endlich bei distinkter papillärer Hypertrophie eine feste Stellung erhalten haben und eine Schicht bilden. Danach glaubt er annehmen zu können, „dass die Vermehrung der elastischen Fasern in der oberen Lage der Tunica propria einen der ätiologischen Factoren in der Hervorbringung der papillären Hypertrophie der unteren Muschel bildet."

F. KLEMPERER.

20) **Johann Fein** (Wien). **Die Bedeutung der unteren Muschel für die Luftdurchgängigkeit der Nase in klinischer Beziehung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1906.*

Unter eingehender Würdigung der ausgedehnten Literatur über den Weg des Luftstromes in der Nase und die Bedeutung einzelner Athemhindernisse im Gebiete des unteren und mittleren Nasenganges berichtet Fein über seine Versuche und Resultate bezüglich der unteren Muschel und die daraus zu ziehenden therapeutischen Schlussfolgerungen. Da die Arbeit sich zu kurzem Referat nicht eignet, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

21) **Clyne** und **Cavalié. Ueber den erectilen Apparat des hinteren Endes der unteren Muschel. (Sur l'appareil érectile de la queue du cornet inférieur chez l'homme.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 50. December 1905.*

Aus den histologischen Untersuchungen des Verf. geht hervor, dass das hintere Ende der unteren Muschel drei von einander getrennte Zonen hat: 1. Eine Epithelschicht mit einigen eignen Gefässen; 2. eine Gefässschicht; 3. eine musculo-vasculäre Schicht, die sehr reich ist an dickwandigen Gefässen.

E. J. MOURE.

22) **Sagebiel** (Stettin). **Demonstration einer durch Polypen stark aufgetriebenen Knochenblase der mittleren Muschel.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Der Tumor, 4 : 5 : 3 cm gross, füllte das Nasenlumen bis in den Vorhof der Nase aus und liess sich mit kalter Schlinge entfernen.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) Delabousse. **Doppelseitiger spontaner Abscess der Nasenscheidewand; doppelseitiger asymmetrischer haemorrhagischer Herpes zoster. (Abcès double spontané de la cloison nasale; zoster double asymétrique et hémorragique.)** *Arch. de méd. militaire. August 1905.*

18jähriger junger Mann mit Skrophulose, der häufig an Schnupfen leidet. December 1904 erkrankt er wieder an Schnupfen mit Fiebererscheinungen. Allmälig bildet sich eine Anschwellung in der Nase — nämlich ein doppelseitiger Septumabscess mit Perforation der Cartilago triangularis. Am linken Ohr zeigt sich gleichzeitig ein Herpes zoster mit Blasen, die mit blutig gefärbter Flüssigkeit gefüllt sind. Nach der Eröffnung des Abscesses schnelle Heilung. A. CARTAZ.

24) M. D. Lederman. **Traumatischer Abscess der Nasenscheidewand. Deformität durch subcutane Paraffininjection corrigirt. (Traumatic abscess of the cartilaginous nasal septum. Deformity corrected by the subcutaneous injection of paraffin.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

25) Charles W. Richardson. **Perforation des Septum. (Perforation of the septum naris.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906. EMIL MAYER.

26) Magnan. **Gutartiger Tumor der Nasenscheidewand. (Tumeur bénigne de la cloison des fosses nasales.)** *Annales médico chirurgicales du centre. No. 6. 22. April 1906.*

Es handelte sich um eine Mischgeschwulst: ein Myxo-Fibro-Sarkom, das dem hinteren Drittel der Scheidewand aufsass; es wurde in drei Sitzungen entfernt. Heilung trat erst nach Galvanokaustik der Insertionsstelle ein. BRINDEL.

27) Wilhelm Roth (Wien). **Ueber einen Fall von blutendem Septumtumor.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 525.*

Der Tumor, von 4 cm Länge, 3 cm Höhe, 8—12 mm Dicke, erfüllte die linke untere Nase fast vollständig. Sein Hauptsymptom war neben Nasenbluten ein hartnäckiger Husten, der auch durch Berührung der Geschwulst ausgelöst wurde, nach Cocainisirung sofort aufhörte. Abtragung mit der kalten Schlinge (sehr geringfügige Blutung) und Aetzung der Ansatzstelle mit Chromsäure beseitigen den Husten. Der histologischen Untersuchung nach, deren Befund Verf. eingehend mittheilt, stellt sich die Geschwulst als Angiosarkom dar; Verf. betont, dass mit diesem Namen bezüglich der klinischen Benignität oder Malignität nichts präjudicirt werden soll. F. KLEMPERER.

28) Suckstorff (Hannover). **Zur Geschichte der submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 355.*

29) K. Zarniko (Hamburg). **Erwiderung auf die letzten Bemerkungen Hajek's über die Fensterresection der Deviatio septi.** *Ebendas. S. 549.*

Suckstorff stellt auf Veranlassung Killian's zusammen, was sich in der Literatur über die Vorgeschichte und Weiterentwicklung der von Killian im

Jahre 1898 zuerst im Anschluss an das Hartmann-Petersen'sche Verfahren geübten submucösen Septumresection findet. — Zarniko betont Killian's Priorität gegenüber Hajek und Menzel, deren Operationen in allen wesentlichen Punkten mit dem bereits 4 Jahre vorher bekannt gegebenen Verfahren Killian's übereinstimmen.

F. KLEMPERER.

30) **Gustav Killian** (Freiburg i. B.). **Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 362.*

K. giebt eine genaue Schilderung seines Verfahrens mit Abbildung der Instrumente, Besprechung der Operationsvorbereitung, aller Details der Operation selbst, der Wundversorgung, Nachbehandlung etc. Die Einzelheiten können hier natürlich nicht wiedergegeben werden, jeder Rhinochirurg wird die Arbeit selbst durchstudiren müssen.

Als das Wesentliche seiner Technik hebt K. hervor, dass er sich zwischen beiden Schleimhautblättern des Septums mittels seiner langen Spekula einen medialen Raum schafft, in dem er wie innerhalb einer Nasenhöhle bequem operirt. Er rühmt die Leistungsfähigkeit und Exaktheit der Operation, die im Durchschnitt 20 Minuten Zeit beansprucht und schliesst: „Ich habe an keinem anderen kleineren rhinologischen Eingriff mehr Freude erlebt, als an der geschilderten Septumoperation, und kann sie nur auf das Wärmste empfehlen."

F. KLEMPERER.

31) **Freer** (Chicago). **Die Fensterresection der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Verf. schildert detaillirt das von ihm geübte Verfahren der Fensterresection. Die Einzelheiten entziehen sich der Darstellung in einem kurzen Referate. Eigenthümlich berührt die Unmenge von Instrumenten (Löffeln, Raspatorien, Messern und dergl.), die Verf. zu seiner Operation nöthig hat. (Ref. braucht kaum jemals mehr als vier — 1 Messer [oder Galvanokauter], 1 Raspatorium, 1 Hohlmeissel, 1 Knochenzange — zur Entfernung der allerausgedehntesten und complicirtesten Verbiegungen.)

ZARNIKO.

32) **Lee. M. Hurd. Eine submucöse Resection bei Deviation des Nasenseptums nebst Beschreibung einiger neuer Instrumente. (A submucous resection operation for deviation of the nasal septum; with the description of several new instruments.)** *N. Y. Medical News. 25. November 1905.*

Verf. beschreibt sein Operationsverfahren, ferner ein Elevatorium, Nasenspeculum und schneidende Zange. Der Schnitt richtet sich nach der Art der Deviation, er soll durch Schleimhaut und Perichondrium hindurchgehen und sogar ein bischen in den Knorpel hinein. Jedenfalls muss man sicher sein, dass das Perichondrium in der ganzen Länge der Incision durchtrennt ist. Dann wird mit dem Elevatorium das Perichondrium in der ganzen Ausdehnung der Convexität abgehebelt. Nachdem die Cartilago quadrangularis durchbrochen ist, wird die deviirte Portion des Knorpels entfernt. Die beiden Septumschleimhäute werden dann aneinandergelegt. Die Höhle wird mit Wasserstoffsuperoxyd und mit einer Nasendouche von physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Es werden dann Tampons, die mit einer kleine Mengen Formalin enthaltenden Flüssigkeit getränkt

sind, eingelegt, die das Septum in seiner Lage halten und einer Blutung vorbeugen. Diese wurden am nächsten Tage entfernt und es wird dann eine Salbe gebraucht, die Salicylsäure, Menthol, Lanolin und Vaselin enthält, um der Tendenz der Membran zu Trockenheit und Krustenbildung vorzubeugen. LEFFERTS.

33) **Greenfield Sluder. Eine Operation zur Geraderichtung des Nasenseptums. (An operation for straightening the nasal septum.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Bei gewöhnlichen Deviationen werden drei Schnitte längs der Convexität durch die ganze Dicke des Septum gemacht, die sich über die ganze Länge der Deformität oder womöglich noch etwas weiter erstrecken. Diese Schnitte können mit einem Messer oder einer Asch'schen Scheere gemacht werden. Das Septum wird dann in Streifen getheilt, die mit dem Finger angeordnet werden; es wird ein Asch'scher Tampon eingeführt und 7 Tage liegen gelassen.

Bei den Z-förmigen Deformitäten werden vier Schnitte angelegt. Die Operation kann unter Cocain- oder Allgemein-Anästhesie gemacht werden; in den 24 Fällen (19 darunter betrafen Kinder) war keine Perforation gemacht.

EMIL MAYER.

34) **Robert Levy. Indicationen zur submucösen Resection des Nasenseptums. (Submucous resection of the septum.)** *Pennsylvania Medical Journal. März 1906.*

Bei der Bestimmung der Operation muss auch die Wirkung auf den Patienten in Betracht gezogen werden. Ceteris paribus soll die Operation gewählt werden, die am einfachsten ist; je kürzer die Operation, desto geringer der Shock und die Unbequemlichkeit für den Patienten. Bei geringen Deviationen genügt die Entfernung eines kleinen Stückes der Muschel, während die Leisten mit der Säge entfernt werden. Syphilitische sollen niemals operirt werden, bevor man nicht sicher ist, dass keine destructiven Vorgänge folgen werden. In jedem Fall soll man nicht wegen einer blossen anatomischen Abnormität operiren, sondern nur dann, wenn wirkliche functionelle Störungen vorhanden sind. EMIL MAYER.

35) **Sidney Yankauer. Die Technik der submucösen Septumresection. (The technic of the submucous resection of the septum.)** *The Laryngoscope. April 1906.*

Verf. bespricht die Anatomie des deviirten Septums und beschreibt die Instrumente und Technik seiner Operation. Jede Deviation hat einen Gipfel und eine vordere, hintere, obere und untere Abdachung. Besonders ausführlich werden die knöchernen Leisten, die sägeförmige Auszackung des Knochens an ihren Kanten, das dichte Lager von fibrösem Gewebe zwischen Knorpel und Knochen am Gipfel der Deviation beschrieben. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Deviationen hängen ab von den Variationen in der Neigung der vier Abdachungen der Verbiegung und aus dem Winkel, den diese gegen einander bilden. Verf. ergänzt seine anatomischen Schilderungen durch eine Originaltheorie über den Ursprung der Deviationen; diese Theorie wird kurz mitgetheilt.

Unter den Instrumenten sei ein vom Verf. angegebenes hakenförmiges Elevatorium erwähnt, das sich angeblich sehr bewährt hat.

Die Operationsmethode des Verf.'s unterscheidet sich von der Killian's nur durch die Incision. Diese verläuft vor der Deviation in gerader Richtung auf der convexen Seite. Das untere Ende der Incision wird dann nach aussen geführt längs der muco-cutanen Verbindung zwischen Nasenboden und Vestibulum bis zur halben Entfernung von der lateralen Nasenwand. Dies ermöglicht eine bessere Abtrennung der Schleimhaut und giebt ein grosses Operationsfeld. Für die Loslösung des Periosts vom Knochen giebt Verf. folgende Anweisungen: Zunächst gründliche Abschabung der fibrösen Gewebe von der Spitze der Crista, dann von unten nach oben ablösen entsprechend der Länge der vom Verf. angegebenen Incision, dann arbeiten von hinten nach vorn, schliesslich Anwendung des hakenförmigen Elevatoriums. Verf. hat 55 Fälle ohne Perforation so mit Erfolg behandelt.

EMIL MAYER.

36) **W. L. Ballenger. Submucöse Septumresection. (Submucous resection of the septum.)** *Pennsylvania Medical Journal. März 1906. The Laryngoscope. April 1906.*

B. stellt folgende Axiome auf: Niemals eine lange Operation zu machen, wo man mit einer kurzen auskommen kann. Man lasse sich bei der Loslösung des Mucoperichondriums Zeit, jede Hast kann zu einer Perforation führen. Man führe möglichst wenig Instrumente möglichst selten zwischen die Schleimhautblätter ein. Man „angle" nicht im Dunkeln, sondern entferne nichts, ohne es genau gesehen und gefühlt zu haben, sonst verletzt man die Schleimhaut. Ein spitzes Instrument in der Höhle ist ein gefährliches Ding, ein stumpfes ist sicherer. In 95 pCt. der Fälle lässt sich das Mucoperichondrium leicht und sicher mit einem stumpfen Elevatorium abheben. Der Nasenrücken bedarf einer Stütze, man lasse also für diesen Zweck reichlich Knorpel übrig.

EMIL MAYER.

37) **James F. Mc. Gaw. Die submucöse Septumresection mit Ballenger's Drehmesser. (The submucous resection of the nasal septum with Ballengor's swivel knife.)** *The Laryngoscope. April 1906.*

Die Operation wird am Besten im Hospital vorgenommen; der Patient soll sich die ersten 24 Stunden danach völlig ruhig verhalten. Die Nase soll mit 1 proz. Cocain- und Adrenalinlösung, 1 pro 5000, ausgesprayt werden. Dann werden Wattetampons, die mit 8 proc. Cocain und Adrenalin, 1 : 5000, gesättigt sind, eingeführt und bleiben 15 Minuten liegen. Vorausgehen lässt man eine interne Darreichung von $^1/_8$ g Morphin. Die Incision hängt von dem Fall ab. Die Resultate der Operation sind nach Ansicht des Verf.'s ideal; sie übertreffen alle anderen bei Septumdeviationen angerathenen Eingriffe.

EMIL MAYER.

38) **William Wesley Carter. Bericht über Fälle von submucöser Resection des Septums nebst Schlussfolgerungen. (Report of cases of submucous resection of the septum with conclusions drawn from same.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Der Bericht basirt auf 45 Fällen. Die einzigen in Anwendung kommenden Instrumente sind ausser den Watteträgern ein schmales Scalpel, ein Elevatorium

und Zange und bisweilen ein Speculum. Verf. ist davon überzeugt, dass dem Septum eine sehr hervorragende Rolle bei der Entwickelung einer symmetrischen Nase zukommt; es sollte daher in den Jahren des Wachstums nichts entfernt werden.

EMIL MAYER.

39) **John Mc. Coy. Ein Beitrag zur Technik der submucösen Septumresection. (A contribution to the technique of the submucous septal operation.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Verf. hat verschiedene Instrumente für die Operation angegeben. Er bekennt sich als einen begeisterten Anhänger der submucösen Resection.

EMIL MAYER.

40) **William W. Carter. Instrumente zur submucösen Resection des Septums. (Instruments for submucous resection of septum.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Die hier beschriebenen Instrumente sind: ein scharfes Elevatorium, ein stumpfes Elevatorium, Curette, selbsthaltendes Nasenspeculum und schneidende Zange. Sie sind anderen längst im Gebrauch befindlichen Instrumenten auffallend ähnlich.

EMIL MAYER.

41) **L. M. H. Hurd. Elevatorium, Speculum und Zange zum Gebrauch bei submucöser Resection des Septums. (Elevator, speculum and forceps for use in the submucous resection of tho nasal septum.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

42) **Eschweiler** (Bonn). **Das histologische Verhalten des Paraffins zum lebenden Gewebe des Menschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVII. S. 1. 1905.*

Verf. untersuchte ein schwartiges Gewebsstück, das er einer Patientin, der vor etwas über einem Jahre wegen Sattelnase eine ausgiebige Paraffininjection gemacht worden war, wegen Uebercorrection der unförmlich breit und plump gewordenen Nase von beiden Seiten des Nasenrückens in der Dicke von $^1/_2$ cm abtrug. Aus dem Resultat seiner Untersuchung folgert er, dass „das Schicksal des injicirten Paraffins völlige Aufsaugung und Ersatz durch Bindegewebe ist.“ Indem er die Bindegewebsbildung als das erwünschte Ziel der Behandlung betrachtet, empfiehlt er, statt einiger grosser viele kleine Paraffindepots anzulegen, durch welche „der definitive Ersatz des Paraffins durch Bindegewebe und damit der beste Erfolg am sichersten und raschesten erzeugt wird.“

F. KLEMPERER.

43) **J. Kirschner** (Berlin). **Paraffininjectionen in menschliche Gewebe.** *Virchow's Archiv. Bd. 182. S. 339. 1905.*

Verf. hatte Gelegenheit, verschiedene in menschliche Gewebe eingebettete und von Gewebe durchwachsene, geschwulstartig veränderte Paraffinstücke zu untersuchen; das Paraffin war aus therapeutischen Gründen an verschiedenen Stellen unterhalb der Körperdecke eingespritzt worden, hatte dort ver-

schieden lange — in einem Falle bis zu $2^1/_2$ Jahren — gelagert und musste nachträglich aus dringenden Gründen wieder entfernt werden. Es handelte sich sowohl um weiches, wie um hartes Paraffin. — Auf die Einzelheiten der mikroskopischen Befunde, die Verf. in seinen Präparaten erhebt, braucht hier nicht eingegangen zu werden; ihr wesentlicher Inhalt erhellt aus den folgenden Sätzen, mit denen Verf. seine Arbeit beschliesst:

„Welche Bedeutung die aus den vorliegenden histologischen Untersuchungen gewonnenen Resultate für die Therapie haben, ist leicht ersichtlich. Wir haben gesehen, dass beide heutzutage zur Verwendung gelangenden Paraffinarten, weder das weiche noch das harte Paraffin, zu den Fremdkörpern gehören, welche, subcutan dem Organismus beigebracht, „einheilen", d. h. einheilen in dem Sinne, dass sie eine Kapsel bilden, welche sie vom übrigen Gewebe abschliesst. Wir wollen daran denken, dass wir unter „Einheilen" verschiedene pathologische Vorgänge begreifen. Beim Catgutfaden, um ein beliebiges Beispiel herauszugreifen, verstehen wir unter Einheilen seine vollständige Resorption; vom Bleigeschoss hingegen erwarten wir, dass es einheilt, indem es sich mantelartig mit einer Bindegewebskapsel umgiebt, das eine Mal also bedeutet die Einheilung eine vollständige Aufsaugung und Assimilation des einzuheilenden Gegenstandes, das andere Mal seine vollständige Conservirung.

Welchen pathologischen Vorgang soll das eingespritzte Paraffin auslösen, damit es therapeutisch wirksam ist? Das eingespritzte Paraffin soll Deformitäten ausgleichen, Defecte ausfüllen, verloren gegangenes Gewebe gewissermassen ersetzen, eingesunkenes Gewebe stützen u. dgl. m. Diese Aufgabe könnte Paraffin dauernd nur dadurch erfüllen, dass es nach der Einspritzung an Ort und Stelle, unverändert an Ausdehnung und Consistenz, liegen bleibt, sich — wie irrthümlich auch angenommen — gegen die Umgebung abkapselt. Das Gegentheil ist, wie wir gesehen haben, der Fall. Wir können aber noch weiter gehen; es wäre wohl denkbar, dass die beginnende Organisation, also die bindegewebige Durchwachsung, welche unausbleiblich auf die Einspritzung folgt, als ein durchaus wünschenswerther Vorgang angesehen wird, der den therapeutischen Zweck fördert. Aber die bindegewebige Organisation macht, wie wir gesehen haben, nicht in irgend einem gegebenen Moment halt, sondern sie geht, ihren eigenen Gesetzen folgend, unaufhaltsam weiter, sie hat die vollständige Resorption des eingebrachten Fremdkörpers zur Folge. Wir haben ferner gesehen, dass beide Paraffinarten an manchen Körperstellen, an denen sie mit Vorliebe therapeutisch verwendet werden, überhaupt nicht einmal auf die Dauer vertragen werden, weil sie schwere örtliche Gewebsstörungen hervorrufen, welche zu ihrer vorzeitigen Entfernung Anlass geben. Aber auch wo dieser Ausgang nicht zutrifft, wo Paraffin ohne schädliche Einwirkung auf die Umgebung längere Zeit vertragen werden würde, muss eine kurze Ueberlegung und der Hinblick auf das Schicksal des bei der Organisation dieses Fremdkörpers sich entwickelnden jungen Bindegewebes, die unausbleibliche Umänderung des entzündlichen Gewebsproductes in schrumpfende Narbe deutlicher als alles andere zeigen, wie hinfällig die therapeutischen Voraussetzungen sind, die zur Verwendung des Paraffins geführt haben."

F. KLEMPERER.

44) **Lennhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1905.*

Verf. hat sich einen „Zugstreifentampon“ construirt zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums in der Weise, dass ein starker Seidenfaden am Ende eines Gazestreifens durch Knoten befestigt ist und von dem Ende des Streifens aus den ganzen Streifen, der harmonikaartig zusammengelegt ist, durchläuft. Die Tamponade wird so ausgeführt, dass das mit dem Faden geknotete Ende des Gazestreifens mit einer entsprechenden Zange an den Ort der Tamponade gebracht und der folgende Theil des Gazestreifens unter Benutzung des Seidenfadens als Leitschiene nachgestopft wird. Der zur Nase heraushängende Theil des Seidenfadens wird dann verankert. Die Lösung der Tamponade geschieht danach leicht und bequem in umgekehrter Reihenfolge. ALBANUS (ZARNIKO).

45) **Arthur Hofmann** (Freiburg i. Br.). **Ein dauerhafter Nasenspüler.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Die Zerbrechlichkeit der gläsernen Nasenspüler veranlasste Autor, einen Nasenspüler aus Metall anfertigen zu lassen, bei dem nur das luftdicht in den Ansatz eingeschliffene Ausgussrohr aus Glas besteht. Letzteres kann behufs Schonung und Reinigung, ebenso wie der abschraubbare Deckel entfernt werden. Der Spüler ist in der Arbeit abgebildet. HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

46) **L. Réthi. Untersuchungen über die Drüsen des weichen Gaumens und das Secret derselben.** *Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wissensch. Wien. Bd. 114. Jahrg. 1905. H. 8/9. Ahth. 3. S. 749—759.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

47) **W. Sternberg. Irrthümliches und Thatsächliches aus der Physiologie des süssen Geschmackes.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinne. XXXVIII. 4. S. 259.*

Ehrlich hatte behauptet, dass während das Dulcin = p-Phenetolkarbamid süss schmecke, das genau homologe p-Anisolkarbamid geschmacklos sei; er zog daraus den Schluss, dass die Schmeckbarkeit überhaupt auf eine Function der Aethylgruppe zurückzuführen sei, der ein besonderer Connex mit dem Nervensystem zukomme. Nach den Untersuchungen Sternberg's ist das p-Anisolkarbamid dagegen stark süss schmeckend. J. KATZENSTEIN.

48) **L. Réthi. Untersuchungen über die secretorischen Vergänge am weichen Gaumen.** *Wiener klin. Wochenschr. S. 1079. 1905.*

Bei den an Hunden, Katzen, Kaninchen, Affen angestellten Versuchen erhält man Secretion bei localer Reizung des weichen Gaumens durch den elektrischen Strom, bei Reizung des Halssympathicus vom obersten bis zum untersten Halsganglion, bei Reizung des Facialisstammes bei seinem Eintritt in den Meat. acust. int. Durchschneidung des Halsstranges und Reizung des Kopfendes ruft Röthung des Velums und Secretion auf der gereizten Seite hervor, die scharf in

der Mittellinie abschneidet. Bei Reizung des Facialisstammes beginnt die Secretion früher nach der Reizung, als bei Reizung des Sympathicus.

Die secretorischen Nerven des weichen Gaumens treten vom Halssympathicus in die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium und gelangen mit dem N. petros. prof. maj. und N. vidian. zum Gangl. sphenopal. Die im Facialisstamme enthaltenen secretorischen Fasern gehen mit dem N. petros. superfic. maj. zum N. vidian. und in diesem zum Gangl. sphenopal., von hier mit den Sympathicusfasern durch den N. palat. post. zum Gaumen. J. KATZENSTEIN.

49) **E. K. Malcomber. Ein interessanter Fall von congenitaler Missbildung der Mundhöhle. (An interesting case of congenital malformation of the mouth.)** *American Journal of Surgery. September 1906.*

Nach der Geburt des Kopfes bemerkte man eine aus dem Munde hervorragende Tumormasse; auch sah man einen unteren Schneidezahn. Als man nach Vollendung der Geburt das Kind einer gründlichen Untersuchung unterzog, sah man, dass der Tumor am Dach der Mundhöhle, gegenüber der Maxillarsutur angeheftet war. Er war mit Epidermis und Lanugo bedeckt und sein freies Ende ragte gerade über die Lippen hervor. Der Zahn war völlig ausgebildet wie bei einem 2 Jahre alten Kinde, nur war er frei beweglich, da kein ihn tragender Alveolarrand vorhanden war. Wenn man den Tumor lüftete und in die Mundhöhle hineinsah, gewahrte man zwei vollkommen ausgebildete Zungen, jede mit einer Raphe in der Mitte und einem besonderen Frenulum, aber nur mit einer Wurzel. Die inneren Ränder dieser Zungen lagen in der Mittellinie des Mundes übereinander. Von unten her entsprang an der Bifurcationsstelle dieser Zungen eine dritte rudimentäre Zunge, die sich zwischen den beiden anderen nach vorn erstreckte und deren distale Enden trennte, so dass es den Anschein hatte, als ob eine dreilappige Zunge vorläge. Die dritte Zunge hatte kein besonderes Frenulum und keine Raphe, zeigte aber ebenso wie die anderen auf ihrem Rücken Papillen.

Der Mund war so voll, dass es für das Kind schwierig war zu athmen oder Nahrung zu sich zu nehmen. Nach Entfernung des Zahnes wurde daher um den Tumor und die rudimentäre Zunge eine Ligatur gelegt und das Ganze dann auf einmal entfernt. Nun konnte eine gründlichere Untersuchung der Mundhöhle vorgenommen werden, und es stellte sich heraus, dass zwei weiche Gaumen und zwei Uvulae vorhanden waren. Jedes Velum erstreckte sich nach aufwärts von den Gaumenbögen zu der Medianlinie, wo sie durch ihre Vereinigung fast einen rechten Winkel bildeten. Eine Gaumenspalte bestand nicht. EMIL MAYER.

50) **Gaylord Worstell. Congenitale Pharynxfistel. (Pharyngeal fistula congenital.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Die äussere Oeffnung der Pharynxfistel erschien als ein runder Fleck von 4—5 mm im Durchmesser, der etwas erhaben und mehr pigmentirt war, als die Umgebung. Sie lag etwas nach unten und aussen vom Sternalende der Clavicula. Beim Schluckact wurde die Oeffnung nach innen und aufwärts gezogen. Bei Fingerdruck nach oben und unten über der Haut rechts von der Trachea floss der Eiter in den Pharynx resp. aus der äusseren Oeffnung. Laryngoskopische

Untersuchung zeigte, dass die innere Fistelöffnung sich auf der rechten Seite an der Zungenbasis befand. Der Gang erstreckte sich von hier vertical nach oben unter die Haut und Halsfascie. Er war so dick wie der kleine Finger, fühlte sich bei Druck fest an und konnte von dem darunter liegenden Gewebe leicht abgehoben werden. Es wurden zuerst Ausspülungen gemacht, dann Jodtinctur gebraucht, worauf Verschluss und Heilung eintrat.

EMIL MAYER.

51) Paul Reclus. **Folgezustände nach fehlerhaftem Durchbruch des Weisheitszahns. (Des accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.)** *Gazette des hôpitaux. No. 43. April 1906.*

Gelegentlich einer von ihm gemachten Beobachtung giebt Verf. einen Ueberblick über die beiden Arten von Zuständen (entzündliche und nervöse), die häufig den Durchbruch des Weisheitszahnes begleiten und erklärt ihre Pathogenese.

BRINDEL.

52) G. W. Schorr. **Ueber die angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern und ihre Entstehung.** (Aus dem Laboratorium des Elisabeth-Kinder-Krankenhauses in Petersburg.) *Ziegler's Beiträge z. pathol. Anatomie. XXXIX. 1. 1906.*

Sch. beschreibt zwei hierhergehörige Fälle; in dem ersten ragte zwischen den Lippen eine hellrothe, harte, glatte, birnförmige Geschwulst hervor, die vom Zahnfleischrande des Unterkiefers — dem späteren linken II. Schneidezahn entsprechend — entsprang. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein Gebilde bindegewebigen Charakters, das genau dem Entwickelungsstadium der embryonalen Zahnpulpa entspricht; es handelte sich also nicht um eine wahre Neubildung, sondern um eine Missbildung des Zahnes, hervorgerufen dadurch, dass die Mesodermpapille wegen einer Entwickelungshemmung des Schmelzorgans unbehindert zu wuchern anfing.

In dem zweiten Falle fand sich ein Tumor, der von dem Zahnfleisch des Oberkiefers — entsprechend dem Spalt zwischen den mittleren Schneidezähnen — entsprang; er erwies sich mikroskopisch als eine teratoide Geschwulst, welche wahrscheinlich eine Entwickelungsanomalie des Os intermaxillare zu ihrem Ausgangspunkt hatte.

Alle bis jetzt beschriebenen angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern sind ins Gebiet der Missbildungen zu setzen.

A. ROSENBERG.

53) F. Smith. **Frühzeitige Diagnose bei Carcinom der Lippe und Zunge. (Early diagnosis of cancer of lip and tongue.)** *Proceedings Philadelphia County Medical Society. Juni 1906.*

Verf. legt ein Hauptgewicht auf die submucöse Induration an der Basis des Geschwürs.

EMIL MAYER.

54) Wm. S. Gottheil. **Einige Affectionen an Lippen, Mund und Zunge. (Some affections of the lips, mouth and tongue.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Es werden beschrieben: Cellulitis der Lippe, diagnosticirt als Schanker; ödematöser Schanker und Gummi der Lippe.

EMIL MAYER.

55) Notiz des Herausgebers. **„Scrotal tongue" bei einer Reihe von Familienmitgliedern. („Scrotal tongue" in a family series.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Juni 1906.*

„Scrotalzunge" ist die unglückliche Bezeichnung für eine chronische Glossitis mit Fissuren, die gewöhnlich angeboren ist. Im vorliegenden Fall hat Patientin, eine 54jährige Frau, elf Kinder, von denen drei den besagten Zustand der Zunge aufwiesen. Pat. selbst hat die Glossitis mit Fissuren, so lange sie denken kann, wahrscheinlich seit der Geburt; sie entsinnt sich, dass auch ihre Mutter daran litt.

LEFFERTS.

56) Frapenard. **Beziehungen zwischen Leucoplakia buccalis und Syphilis. (Rapports de la leucoplasie buccale et de la syphilis.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. hält die meisten Leukoplakien der Mundhöhle für syphilitischer Natur. Unter 126 Fällen fand er 89 mit eingestandener, 27 mit ignorirter Lues und 10, bei denen kein Zeichen gegenwärtiger oder überstandener Lues vorhanden war. Er empfiehlt Allgemeinbehandlung mit Hydrargyr. benzoat., local Gurgeln mit alkalischen Lösungen oder Touchiren mit Chromsäure.

A. CARTAZ.

57) J. H. Halsted. **Mischgeschwulst des weichen Gaumens. (Mixed tumor of the soft palate.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

58) H. Mentot (Lyon). **Secundäre Syphilis und Ulcerationen des Gaumengewölbes und der Mandeln mit Association von fusiformen Bacillen und Spirillen. (Syphilis secondaire et ulcérations de la voute palatine et des amygdales avec association fuso-spirillaire.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 2. Mai 1906.*

Es handelte sich um ulcero-membranöse syphilitische Erscheinungen mit Vorkommen von fusiformen Bacillen und Spirillen in den Geschwüren.

PAUL RAUGÉ.

59) G. G. Davis. **Acute septische Infection des inneren und äusseren Halses; Ludwig'sche Angina. (Acute septic infection of the throat and neck; Ludwig's angina.)** *Annals of Surgery. August 1906.*

Von den 12 Fällen, die Verf. selbst beobachtet hat, waren einige durch Streptokokken, andere durch Staphylokokken und einige durch Pneumokokken bedingt, während bei anderen eine Mischinfection mit einigen dieser Mikroorganismen vorliegt. Das klinische Bild kann in allen diesen Fällen das gleiche sein. Die Affection beginnt gewöhnlich in der Mund- oder Rachenhöhle, breitet sich aber meist nicht auf die Nasenhöhle aus. Die Eingangspforte für die Infection können die Tonsillen, die Submaxillardrüse, jeder Theil der Mund- oder Pharynxschleimhaut und sehr häufig die Zähne sein. Welches auch der Ausgangspunkt der Infection sein mag, stets erfolgt die Weiterverbreitung längs des Bindegewebes und nicht durch die Lymphgefässe. Die tieferen Fascien leisten ausgesprochenen Widerstand; daher kann die äussere Haut völlig normal erscheinen, jedoch die

charakteristische brettartige Härte zeigt leicht die Affection an. Eiter erscheint erst in dem letzten Stadium der Entzündung. Der Process kann sich nach unten zur Clavicula oder Sternum ausbreiten, oder nach innen zum Pharynx oder Larynx. Man findet eine Schwellung des Mundbodens, durch die die Zunge nach aufwärts gedrängt wird, oder Oedem des Larynx und der Epiglottis. Bisweilen sieht man, besonders in der Nachbarschaft der hinteren Zähne sinusiforme Oeffnungen, die stinkenden Eiter entleeren. Die Temperatursteigerung bewegt sich auch in schweren Fällen oft in geringen Grenzen. Die Diagnose kann oft Schwierigkeiten bereiten; von grosser Wichtigkeit ist die pathognomonische brettharte Infiltration an der Zungenbasis, in der Submaxillar- oder Parotisregion. Die tödtlichen Fälle enden gewöhnlich vor dem zwölften Tage infolge Sepsis; ein kürzerer Verlauf ist oft durch Larynxödem bedingt. Frühzeitige und radicale Incision ist die einzige Therapie. Eine Incision soll von der Mitte des Kinns nach unten zum Zungenbein bis auf die Mundschleimhaut gemacht werden, wenn die Schwellung unter dem Kiefer ist. Ist sie dagegen lateral gelegen, so sollen multiple Incisionen durch die Haut gemacht und dann stumpf zwischen Muskel und Fascie in die Tiefe gegangen und dann Drains eingelegt werden. Bei Larynxödem sind die anzuwendenden Mittel: Eis, Cocain, Adrenalinspray und hohe Tracheotomie. Die Mortalität bei den 12 Fällen betrug 40 pCt.

EMIL MAYER.

60) **H. Glover Longworthy. Ein Fall von primärem Pharynxerysipel. (A case of primary erysipelas of the pharynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. August 1906.*

Eine genaue Diagnose war unmöglich vor 2—3 Tagen nach Beginn der Erkrankung, als die charakteristischen secundären Erscheinungen auf der Haut des Gesichts auftraten. Der Larynx blieb völlig unbetheiligt.

EMIL MAYER.

61) **Gorochow. Die Bildung der Wange durch Plastik. (Obrasowanie schtscheki plastinsi.)** *Wratsch Gaz. No. 11—14. 1905.*

Ein lesenswerther Artikel; hat speciell chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

62) **Helferich** (Kiel). **Ueber Pharynxplastik.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 77. 1905.*

Bei einem 47jährigen Kranken hat Helferich wegen Carcinom den Larynx und einen Theil des Pharynx entfernt. Als der Patient nach einem Jahre noch recidivfrei war, wurde in verschiedenen kleinen Operationen der Oesophagus mit dem Pharynx wieder vereinigt.

SEIFERT.

63) **Spisbarny** (Moskau). **Pharyngotomia suprahyoidea.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 29. 1906.*

Zur Exstirpation eines Fibrosarkoms der linken hinteren Rachengegend ergab ein parallel dem Zungenbein, $^{1}/_{3}$ cm über diesem, von der Gegend des ersten Hornes bis zum linken Kopfnicker gehender Schnitt sehr gute Uebersicht.

SEIFERT.

64) **Paul Fabre. Einige Fälle plötzlicher Blutsuffusion oder Hämatom der Uvula. (Quelques cas de suffusion sanguine brusque ou d'hématome subit de la luette.)** *Académie de médecine. 12. Juni 1906.*

Diese Blutsuffusion äussert sich in einem Gefühl von Kitzel oder von Fremdkörpern. Die Prognose ist gut und die Diagnose leicht. PAUL RAUGÉ.

65) **A. Onodi** und **B. Entz. Ueber Keratosis pharyngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 265.*

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Krankheitsform, die unter dem Namen Pharyngomycosis benigna, Pharyngomycosis leptothricia, Mycosis, Phycosis leptothricia, Hyperkeratosis lacunaris beschrieben ist. Auf Grund eigener histologischer Untersuchungen kommen die Verff. zu folgenden Resultaten: Das Wesen der Erkrankung ist am Zungengrund, wie auch an den Tonsillen eine von mässiger Bindegewebsentzündung begleitete Verdickung und Verhornung des Epithels, also eine Metaplasie desselben. Das verhornte Epithel häuft sich in grossen Massen an, entweder weil es sich rasch in grosser Menge bildet oder aber, weil diese Epithellagen fester miteinander zusammenhalten. Das Verhornen des Epithels wird nicht durch Keratohyalin- oder Eleidinkörner vermittelt. Die braune Verfärbung der Epithelpfröpfe ist theils die originelle, gelblich-braune Farbe der Hornsubstanz, theils ist sie von Blutextravasat, welches zwischen die Epithellagen gerathen ist, verursacht. Die Krankheit entwickelt sich auf einem chronisch entzündeten Boden. Der Befund von Leptothrixfäden ist nur accidentell; der Pilz steht mit der Erkrankung in keinerlei ätiologischer Beziehung. Das Wesentliche der Krankheit besteht in der Verhornung des Epithels; daher wollen die Verff. sie als Keratosis pharyngis bezeichnet und den von Siebenmann gewählten Namen Hyperkeratosis pharyngis für die schweren Fälle, in denen sich ganze Hornstacheln gebildet haben, reservirt wissen. F. KLEMPERER.

66) **Alexander Iwanoff** (Moskau). **Ueber Pharyngitis granulosa.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 307.*

Verf. unterscheidet adenoide und entzündliche Granula; die ersteren charakterisirt die Hyperplasie des lymphatischen sowohl wie des Drüsengewebes und das Fehlen von Entzündungserscheinungen, während in den entzündlichen Granula die Entzündungserscheinungen prävaliren. Die entzündlichen Granula sind kleiner (ungefähr hirsekorngross), von dunkelrother Farbe, einzeln auf der stark gerötheten Mucosa zerstreut. Die adenoiden Granula sind grösser (erbsengross), blass, sitzen auf einer anämischen Schleimhaut, confluiren häufig, so dass die hintere Pharynxwand ein höckeriges Aussehen bekommt; meist bestehen zugleich mit solchen Granula Pharyngitis lateralis und Hypertrophie der Tonsillen. Die Pharyngitis adenoidalis — den Namen Pharyngitis granulosa will Verf. für die entzündliche Form der Affection reservirt wissen — macht für sich keinerlei Symptome und bedarf keiner Behandlung. F. KLEMPERER.

67) **G. Finder** (Berlin). **Eine eigenthümliche Veränderung der hinteren Rachenwand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 321.*

Zufälliger Nebenbefund bei einem 45 jährigen Manne mit asthmatischen Be-

schwerden und leichter Heiserkeit: Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand ist besät mit zahllosen, stecknadelspitz- bis hirsekorngrossen, gelbweissen, sehr dicht neben einander liegenden und bisweilen mit einander confluirenden Knötchen, die halbkugelig über das Niveau der Schleimhaut hervorragen; die Schleimhaut selbst, wo sie zwischen den Knötchen zum Vorschein kommt, ist glatt, dünn, ziemlich blass und trocken. Der Patient weiss selbst gar nichts von dieser Veränderung; die histologische Untersuchung eines excidirten Schleimhautstückes giebt über ihre Natur keine rechte Aufklärung. F. KLEMPERER.

d. Diphtherie und Croup.

68) **H. M. Greene. Diphtherie und die Wirkung des Diphtheriebacillus, verglichen mit der anderer Bacillen. (Diphtheria and the action of the bacillus of diphtheria as compared with the other bacteria.)** *North Western Medicine. Juni 1906.*

Verf. unterscheidet zwei Typen: Toxische und infectiöse Bakterien. Der Diphtheriebacillus bewirkt Toxaemie, die Bakterien der andere Gruppe Septikaemie.

EMIL MAYER.

69) **Walter R. Ramsey. Neue Untersuchungen und Complicationen bei Diphtherie. (Recent investigations and complications of diphtheria.)** *St. Paul Medical Journal. September 1906.*

Verf. bespricht den Effect der Bacillen auf Herz und Nervensystem; desgleichen auf Lungen, Magen, Leber und Nieren. Es wird ferner über die Antitoxingaben und ihre Wirkung auf das Blut berichtet.

Die Intubation hat der Tracheotomie den Vorrang abgelaufen, sie soll aber nur im Liegen gemacht werden, weil, wenn der Patient sitzt, die Gefahr für das Herz zu gross ist. EMIL MAYER.

70) **C. J. St. Clair. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphteria.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 7. September 1906.*

Verf. plaidirt für möglichst frühzeitige Anwendung; enthält bekannte Thatsachen. EMIL MAYER.

71) **Bilik** (Odessa). **Ein Fall von Rachendiphtherie bei einem vierwöchentlichen Säuglinge.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43. 1906.*

Isolirte Erkankung des Rachens ohne Betheiligung der Nase. Zur Injection kamen 3000 E., die gut vertragen wurden. Gaumenlähmung, Heilung.

SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI.*

Durch Untersuchungen mit dem Zwaardemaker'schen Apparat stellte Verf. fest, dass bei gut geschulten Sängern und Sängerinnen mit ansteigender

Tonhöhe der Kehlkopf tiefer tritt und umgekehrt, dass er also bei dem tiefsten Ton seinen höchsten, bei dem höchsten Ton seinen tiefsten Stand innehat. In der Prüfung dieses Verhaltens glaubt er ein objectives Kriterium für den richtigen Tonansatz gefunden zu haben. Die Erlernung des richtigen Tonansatzes freilich ist nach wie vor auf die richtige Nachahmung eines mustergiltigen Vorbildes unter Controle eines feinen Ohres angewiesen.

F. KLEMPERER.

73) **W. S. Anderson. Die Beeinflussung der Sprach- und Singstimme durch abnorme Zustände in Nase und Hals. (The speaking and singing voice as affected by the abnormal conditions of nose and throat.)** *Detroit Medical Journal. Juni 1906.*

Vor jeder Operation soll man auch die eventuelle Einwirkung auf die Nase bedenken.

EMIL MAYER.

74) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von E. Barth: „Zur Therapie der Aphonia spastica mittelst mechanischer Beeinflussung der Glottisbildung".**

75) **Ernst Barth. Erwiderung.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 547 u. 548.*

Baumgarten hat 1899 (Wiener med. Wochenschr.) bereits über einen Fall von Aphonia spastica berichtet, den er durch Intubation, also durch mechanische Beeinflussung im Sinne Barth's mit eklatantem Erfolge behandet hat.

F. KLEMPERER.

76) **J. van Geuns** (Amsterdam). **Ein Mittel gegen Keuchhusten. (Een middel tegen kinkhoest.)**

77) **P. van der Wielen** (Amsterdam). **Napo-creselene.**

78) **W. de Jong** (Leiden). **Behandlung von Keuchhusten. (Behandeling van kinkhoest.)**

79) **H. Burger** (Amsterdam). **Behandlung von Keuchhusten. (Behandeling van kinkhoest.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. II. No. 25 u. 26. 1906. I. No. 1 u. 2.*

Van Geuns hat mit dem amerikanischen Geheimmittel Napocresolene bei Keuchhusten überraschende, de Jong mit einem ähnlichen deutschen Präparat zufriedenstellende Erfolge erhalten. Van der Wielen hat das Mittel untersucht und gefunden, dass Napocresolene nichts als unreines Phenolum liquefactum ist. Ein völlig identisches Präparat erhielt er durch die Mischung von 93 g Phenol. liq., 5 g Cresolum crudum und 2 g Wasser.

Burger erinnert an die altbekannte Verwendung von Karboldampf (u. A. Henoch) und von Kreosot (u. A. Eichhorst) beim Keuchhusten. Es sei angezeigt, die Wirkung des Kresols (Bestandtheiles sowohl von Kreosot wie von Napocresolene) bei Keuchhusten eingehend zu studiren.

H. BURGER.

80) **Charles J. Whalen. Ein Fall von sogenanntem Kehlkopfschwindel. (A case of so-called laryngeal vertigo.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Patient hat täglich mehrere Hustenanfälle mit einstündigem Verlust des Be-

wusstseins. Auch während des Schlafes fährt er bei Beginn des Hustenanfalles auf, um dann bewusstlos hintenüber zu fallen. Dieser Zustand hielt drei Monate lang an. In den nächsten drei Monaten wurden die Anfälle seltener. Mit dem Beginn des Winters wurde der Husten in Folge einer Erkältung schlimmer und mit dem Einsetzen der Bronchialstörungen wurden die Hustenparoxysmen wieder so heftig wie früher und auch die Anfälle von Bewusstlosigkeit häufiger. Alle Mittel erwiesen sich als erfolglos. Seit einiger Zeit nimmt Patient Leberthran; die Anfälle liessen seitdem nach und Patient ist auf dem Wege der Besserung.

EMIL MAYER.

81) **Moskovicz. Reflexneurose des Kehlkopfes bei Erkrankung der weiblichen Genitalien.** *Orvosok Lapja. No. 8.*

Patientin hat beständig das Gefühl eines unerträglichen Würgens, eines Fremdkörpers im Kehlkopfe. Ausser Anämie der Schleimhäute nichts Abnormes in den Luftwegen. M. leitete die Sache auf's gynäkologische Gebiet und es stellte sich heraus, dass bei der Patientin ein Carcinoma uteri bestand.

v. NAVRATIL.

82) **H. Cordes** (Berlin). **Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Sängerknötchen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 215.*

C. untersuchte 18 Stimmbandknötchen von 12 Patienten. Nur 4 enthielten Drüsen, 14 waren drüsenfrei — indessen hält Verf. dieses Zahlenverhältniss nicht für ganz richtig, da er unter den Fällen von Knötchenbildung, welche nicht zur Operation kamen, sondern durch intralaryngeale Maassnahmen sich zurückbildeten, mehrere sah, welche nach seiner Ueberzeugung Drüsen in den Knötchen besassen. Nach dem histologischen Befunde theilt er die Knötchen in a) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma und gleichmässigem, wenig verdicktem Epithelbelag; b) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma und stark verdicktem und gewuchertem Epithelbelag mit und ohne Rundzelleninfiltration; c) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma, papillären Erhebungen und verdicktem Epithel; d) Fibrome mit mehr oder weniger weitmaschig angeordnetem fibrös-elastischem Stroma und glatter, resp. papillärer Oberfläche; e) Fibrome mit cystischen Hohlräumen (Angio-Fibrom, Fibroma cysticum); f) Fibrome mit hyaliner Degeneration des Stromas.

Die drüsenhaltigen Knötchen sind nach Verf.'s Ansicht bei längerer und genauerer laryngoskopischer Beobachtung fast immer von den drüsenfreien zu unterscheiden; theils sieht man sie secerniren, theils wechselt ihre Grösse von einem Tage zum andern. Patienten mit solchen Knötchen sind in ihrem Stimmgebrauch sehr behindert, dagegen sah Verf. eine Künstlerin mit trockenen Knötchen allen Anforderungen ihres Berufes ohne Mühe genügen. In den 4 drüsenhaltigen Knötchen fanden sich stets entzündliche Erscheinungen und der entzündlichen Affection der Drüse kommt dabei sicherlich eine ätiologische Bedeutung zu. Da aber in keinem Falle doppelseitiger Knötchenbildung in beiden Gebilden und in keinem der einseitig entwickelten Knötchen Drüsen nachgewiesen wurden, ferner die drüsenhaltigen Knötchen überhaupt nur etwa 20 pCt. der gesammten Knötchen ausmachen, ist eine allgemeinere ätiologische Bedeutung der Drüsenaffection nicht

anzunehmen. Die drüsenhaltigen Knötchen gehen, vorausgesetzt, dass die Veränderungen an den Drüsen noch keine so tiefgehenden sind, durch intralaryngeale medicamentöse Behandlung (Jod u.a.) meist zurück. — Die Aetiologie der drüsenfreien Knötchen ist weniger deutlich. In einem Falle sah Verf. bei einer Sängerin mit mässigem Katarrh nach andauernden Versuchen, zwei bestimmte Falsetttöne hervorzubringen, Knötchen plötzlich hervortreten. Die falsche Technik führt zu starker Reizung an einem bestimmten Punkte, wobei ein circumscriptes Oedem des Stimmbandes zu Stande kommt; aus dem Oedem entsteht bei Fortdauer der falschen Technik durch Erschlaffung und Schädigung der elastischen Fasern ein ödematöses Fibrom. Die von Krause beschriebenen Veränderungen der elastischen Fasern (Schwund, bezw. Unterbrechung derselben) in den Knötchen fand Verf. in seinen Fällen regelmässig.

F. KLEMPERER.

83) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Endolaryngeale Ausschälung eines Larynxfibroms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 537.*

Beim Versuch, den wallnussgrossen Tumor mit der Krause'schen Pincette zu exstirpiren, erwies sich derselbe als sehr derb und wurde nur die Schleimhaut durchschnitten, die sich rasch zurückzog, so dass die Wundränder weit klafften. Daraufhin schob Z. die Schleimhaut weiter über den ganzen Tumor zurück und hob diesen, der nur locker mit der Umgebung verwachsen war, dann ohne grosse Gewaltanwendung in toto heraus. Die Schleimhaut legte sich in Falten in den Sinus Morgagni; Blutung gering. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Fibrom. Patient nach 8 Tagen mit geringer Heiserkeit geheilt entlassen.

F. KLEMPERER.

84) **W. Rostock. Behandlung von Kehlkopfpapillomen. (Treatment of papilloma of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1906.*

Verf. hat in 2 Fällen von recidivirenden Papillomen Heilung durch die abwechselnde Anwendung von Arsen und Jodkali erzielt. Er meint, dass sich in diesen Fällen durch geeignete interne Behandlung oft chirurgische Eingriffe umgehen lassen.

LEFFERTS.

85) **Lommel** (Jena). **Fälle von Kehlkopflues und Kehlkopfpapillomen.** *Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 8. 1906.*

Bei einer jungen Frau zeigte sich eine diffuse gummöse Infiltration fast des ganzen über den Stimmbändern gelegenen Kehlkopfinnern. In einem anderen Falle waren Papillome an der Stelle eines längst geheilten luetischen Geschwüres aufgetreten.

SEIFERT.

86) **Forbes R. Mc. Creery. Ein Fall von Kehlkopfpapillom beim Kinde. (A case of papilloma of the larynx in a child.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juni 1906.*

Der Fall betrifft ein $2^1/_2$ jähriges Kind. Der Zustand war infolge der Behinderung der Luftzufuhr sehr gefährlich. Verf. entschloss sich zur Intubation, danach trat aber eine so offensichtliche Verschlimmerung ein, dass er sofort den Tubus wieder herauszog. Dagegen hatte die Tracheotomie sofort eine völlige Be-

hebung der Athemnoth zur Folge. Ein halbes Jahr später wurde die Tube durch eine gefensterte ersetzt, doch war das Kind nicht im Stande, durch das Fenster und den Larynx zu athmen. Verf. will das Kind die Canüle tragen lassen, bis die Zeit des activen Wachsthums vorüber ist, um dann, wenn nöthig, eine definitive Operation vorzunehmen.

LEFFERTS.

87) A. B. Thrasher. **Larynxpapillom infolge Einathmung von Hitze. (Papilloma of larynx from inhalation of flames.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

88) G. Ferreri. **Drei Fälle von Laryngofissur wegen Papilloma. (Tre casi di laringofissura per papillomi.)** *Arch. Ital. di otologia. September 1906.*

Die Fälle betreffen ein 5jähriges Kind, eine 21jährige und eine 52jährige Patientin. Verf. ist ein entschiedener Gegner der endolaryngealen Behandlung bei Papillomen; behauptet, dass man mittels der Laryngofissur die Patienten durch die einmalige Operation heilen könne. Er hat nach endolaryngealer Operation fast immer Recidive gesehen, während nach der Laryngofissur „im Allgemeinen" das Gegentheil der Fall war. Er verwirft den von einigen Chirurgen gegebenen Rath, die Laryngofissur in diesen Fällen ohne vorhergehende Tracheotomie zu machen. Am meisten gegen die Bevorzugung der Laryngofissur durch den Verf. spricht wohl die Thatsache, dass in dem einen von den drei mitgetheilten Fällen nach 6 Monaten Recidive eintraten, so dass eiligst in der Nacht die Tracheotomie ausgeführt werden musste.

FINDER.

89) John Roland Mackenzie. **Bemerkungen über die makroskopische Diagnose und Allgemeinbehandlung bei Kehlkopfcarcinom. (Remarks on the macroscopic diagnosis and general treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1906.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

90) Gottlieb Kiaer. **Kehlkopfcarcinom. Laryngofissur. (Cancer of the larynx; laryngofissure.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Patient ist ein 57 jähriger Mann. Verf. will nicht definitiv entscheiden, ob ein Recidiv vorliegt. Dagegen spricht, dass das Kehlkopfbild sich seit 2 Jahren nicht geändert hat. Es sind seit der Operation 3 Jahre vergangen; Verf. meint jedoch, man könne von einer Heilung erst nach 5 Jahren sprechen.

EMIL MAYER.

91) Chevalier Jackson. **Thyreotomie oder Laryngectomie. (Thyrotomy or Laryngectomy.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juli 1906.*

Es werden 2 Fälle mitgetheilt. Im ersten war die Thyreotomie angerathen, aber verweigert worden, es musste die Larynxexstirpation gemacht werden und Pat. starb 8 Monate später an Recidiv. In einem zweiten Fall wurde wegen Epitheliom eine Thyreotomie gemacht und Pat. lebt noch nach 4 Jahren und kann

sich gut verständlich machen. Das einzige Symptom für ein Kehlkopfcarcinom im Stadium der Heilbarkeit ist Heiserkeit, die verschwindet und wiederkehrt. Alle anderen Symptome treten erst auf, wenn jenes Stadium schon vorüber ist. Chronische Heiserkeit ist also oft ein Zeichen für eine maligne Erkrankung.

EMIL MAYER.

92) A. H. Bogart. **Totale Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Total laryngectomy for carcinoma.)** *American Surgery. August 1906.*

Bericht über einen erfolgreichen Fall. Weder war vorhergehende Tracheotomie noch Tamponcanüle in diesem Fall nöthig; die Trendelenburg'sche Lage macht dies unnöthig.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

92) Georges Dock. **Klinische Erfahrungen bei Morbus Basedow. (Clinical experiences with exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record.*

In Michigan und den benachbarten Staaten ist sowohl einfacher Kropf wie Morbus Basedow sehr häufig. Unter 4000 Patienten hatten 32 Basedow'sche Krankheit, davon betrafen 29 Frauen und 3 Männer. Der jüngste Patient war 19, der älteste 55 Jahre alt. In 12 Fällen bestand ein Kropf, lange bevor die anderen Symptome einsetzten. Die Symptome von Seiten des Herzens, der grossen Gefässe, Augen, Haut, Nervensystem zeigten keine grosse Abweichung von dem bekannten Krankheitsbild. Der Blutdruck war in einigen Fällen auf 160—180 erhöht, in anderen betrug er nur 100. Anämie war in wenigen Fällen vorhanden. Untersuchung des Magensaftes zeigte Herabsetzung oder Fehlen des Salzsäuregehalts.

D. betont die Wichtigkeit von Ruhe, Diät, rationeller Lebensführung und symptomatischer Behandlung. Röntgenstrahlen wurden in 2 Fällen versucht; sie hatten wenig Effect auf die Struma und gar keinen auf die anderen Symptome.

LEFFERTS.

94) G. A. Waterman. **Die Serumbehandlung des Morbus Basedow. (The serum treatment of exophtalmic goitre.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 16. August 1906.*

Die Erfahrungen des Verf.'s über Serumbehandlung werden durch die mitgetheilten Fälle illustrirt. Verf. hat auch getrocknetes Blut von thyroidectomirten Ziegen in Dosen von 5 g 2 oder 3mal täglich in einer Anzahl von Fällen angewandt, aber niemals günstige Erfolge davon gesehen.

Von den hier mitgetheilten Fällen können 2 als geheilt angesehen werden, 2 als gebessert und 1 als ungebessert.

Wenn man alle die Fälle betrachtet, in denen ein günstiger Einfluss der Serumbehandlung berichtet worden ist, wird man sich der Annahme nicht verschliessen können, dass hier ein die Krankheit günstig beeinflussendes Mittel vorliegt; wahrscheinlich auf diesem Wege oder durch das cystotoxische Serum, über das neulich Beebe und Rogers berichtet haben, werden wir ein specifisches Mittel gegen die Krankheit finden.

EMIL MAYER.

95) **S. P. Beebes. Ein Serum von therapeutischem Werth bei der Behandlung von Morbus Basedow.** *Journal of the American Medical Associatiou. 1. September 1906.*

Verf. beschreibt die Präparation eines specifischen Serums. Um die besten Resultate zu erzielen, muss man Thieren erkrankte Schilddrüsen injiciren. Der Unterschied zwischen dem Serum, das man so erhält, und dem nach der Injection von normaler Schilddrüse erhaltenen war jedoch nicht wesentlich. Es gelang durch die Anwendung pathologischer Drüsen, die im Krankenhause entfernt worden waren, ein Serum herzustellen, durch dessen Einfluss deutliche Besserung erzielt wurde.

EMIL MAYER.

96) **H. C. Barclay. Die Anwendung von Adrenalin boi Morbus Basedow. (Tho use ef adrenalin in oxephthalmic goiter.)** *American Practitioner and News. Juli 1906.*

Von einer Lösung von 1 : 1000 wurden innerlich 5 Tropfen gegeben als Mittel gegen die excessiven Palpitationen. Der Erfolg war ein unmittelbarer und ausgesprochener und so befriedigend, dass das Mittel ein paar Monate lang gegeben wurde, wobei alle Symptome nachliessen. 6 Monate später leichtes Recidiv, das wieder prompt auf Adrenalin zurückging.

EMIL MAYER.

97) **W. A. Downes. Thyrodectomie wegen Morbus Basedow. (Thyrodectomy for exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 28. April 1906.*

Klinischer Bericht über zwei mit gutem Resultat behandelte Fälle.

LEFFERTS.

98) **F. J. Shepherd. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The chirurgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 1. September 1906.*

Verf. meint, dass in einer Anzahl von Fällen operative Maassnahmen von Erfolg sind. Die Fälle, die durch Operation nicht günstig beeinflusst werden, sind nicht die schweren, sondern diejenigen, in denen die Hypertrophie der Drüse mehr auf der einen als auf der andern Seite ist, mit ausgebildeter Tumorbildung, ferner wo die Drüse nicht sehr gefässreich ist und der Kropf den anderen Symptomen schon Jahre lang vorausgegangen ist. In frischen Fällen von Kropfbildung mit geringen anderen Symptomen, wenn die Drüse weich, gefässreich und gleichmässig vergrössert ist, sind die Resultate gewöhnlich gut. Ist ausgesprochene Toxämie in Folge Thyreoidismus vorhanden, so vermeide man die Operation.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

99) **R. H. Kahn. Studien über den Schluckreflex. II. Die motorische Innervation der Speiseröhre.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. III. IV. S. 354. 1906.*

Bei Hund, Katze, Affe ergab sich folgende motorische Innervation des Oeso-

phagus. Hund: Obere Hälfte des Halstheiles N. oesophageus (= r. phar. vag. inf.), Ggl. cerv. supr. symp.? untere Hälfte des Halstheiles N. oesophageus, Ggl. cerv. supr. symp.? recurrens; Brusttheil r. oesophageus des Brustvagus. Katze: Halstheil N. pharyngo-oesophageus, recurrens; Brusttheil r. oesophageus des Brustvagus. Affe: Oberster Abschnitt des Halstheiles r. oesophag. des N. laryng. sup., recurrens, Ggl. cerv. inf. symp.; der übrige Halstheil — recurrens; Brusttheil r. oesoph. des Brustvagus. Die motorische Innervation des Oesophagus ist demnach eine recht complirte, die Muskelgebiete der einzelnen Nerven greifen mehrfach ineinander über. Hierdurch wird die Möglichkeit, sich eine Vorstellung von der Genese der Peristaltik der Speiseröhre zu machen, mehr als bisher erschwert. Die Unmöglichder Annahme einer blossen peripheren im Oesophagus selbst liegenden Ursache (besondere Nervenvertheilung, Ganglienzellen) ist bekannt. Aber auch die Annahme Ranviers von dem ‚clavier central‘ lässt den regelmässigen Ablaut der Muskelcontraction in der Speiseröhre nicht viel verständlicher erscheinen, wenn man bedenkt, dass die von den Centren zur Musculatur verlaufenden Nerven zum Theile neben einander liegende Gebiete innerviren, zum Theile aber einander mit ihren Versorgungsgebieten decken, oder dass mehr in der Peripherie abgehende Nerven (Brustsympathicus) höherliegende Theile des Schlundrohres (oberster Halsösophagus beim Affen) motorisch versorgen.

J. KATZENSTEIN.

100) **R. H. Kahn. Studien über den Schluckreflex. Zur Physiologie der Speiseröhre.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. III. IV. S. 362. 1906.*

Die Speiseröhre ist physiologisch reizbar. Fremdkörper, welche in ihr liegen, lösen eine peristaltische Bewegung des Rohres aus, welche sie in den Magen befördert. Diese Reizbarkeit nimmt mit der Entfernung vom Pharynx zu. Sie ist für die Beförderung von Speisen in den Magen deshalb von Wichtigkeit, weil sie das Rohr von etwa liegen gebliebenen Resten des letzten Bissens zu reinigen im Stande ist, kann also als ein Schutzreflex betrachtet werden. Beim Hunde durchläuft die Peristaltik die Speiseröhre in 6—7 Sekunden. Sie erleidet an den Stellen des Rohres, an welchen ein Wechsel in der Nervenversorgung stattfindet (Mitte des Halstheiles, Uebergang des Halstheils in den Brusttheil) eine erhebliche Verzögerung. Bei Hunden und Affen wird feste und flüssige Schluckmasse durch die Peristaltik der Speiseröhre in den Magen befördert. Die Peristaltik verläuft bei flüssiger Schluckmasse etwas rascher als bei fester.

J. KATZENSTEIN.

101) **Wilder Fileston. Peptisches Geschwür des Oesophagus. (Peptic ulcer of the oesophagus.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1906.*

Verf. hat selbst 3 Fälle gesehen; seit 1878 sind 41 Fälle beschrieben. Das peptische Geschwür des Oesophagus ist eine ernste Erkrankung, nicht nur wegen der Gefahr einer Hämorrhagie und Perforation, sondern auch wegen der Tendenz zur Strikturirung. Es ist oft eine Complication schwerer Erkrankungen. Die Zahl der während des Lebens diagnosticirten Fälle ist zu klein, um einen Schluss auf die Mortalität zu erlauben.

EMIL MAYER.

102) **Caubet** (Toulouse). **Geldstücke, die bei Kindern in der Speiseröhre stecken geblieben sind. Ihre Extraction per vias naturales. (Pièces de monnaie arrêtées dans l'oesophage chez les enfants. Leur extraction des voies naturelles.)** *Gazette des hôpitaux. 23. Januar 1906.*

Die Arbeit plaidirt für die Anwendung des Kirmisson'schen Hakens. Nachdem der Fremdkörper diagnosticirt und seine Localisation durch radioskopische Untersuchung festgestellt ist, soll man immer, wenn der Fall nicht älter als 14 Tage ist, die Extraction auf natürlichem Wege versuchen.

Die Oesophagotomia externa ist das äusserste Mittel, das exceptionell bleiben und für die Fälle reservirt bleiben muss, die älter sind oder wo der Fremdkörper durch Vorsprünge sich in die Wand eingekeilt hat. PAUL RAUGÉ.

103) **Collet. Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étrangers de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 24. Januar 1906.*

Patient wollte sich nicht ösophagoskopiren lassen. Palpation des Pharynx liess den Fremdkörper fühlen, der mit einer gebogenen Pincette exstirpirt wurde. Verf. betont den Nutzen der Digital-Untersuchung besonders bei Kindern.

PAUL RAUGÉ.

104) **Mauclaire** (Paris). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 16. Mai 1906.*

Es handelte sich um ein Gebiss aus Metall, dessen Sitz durch die Radiographie in der Höhe des 2. Rückenwirbels bestimmt wurde. Nachdem einige vergebliche Extractionsversuche mit dem Gräfe'schen Instrument gemacht waren, führte Verf. die äussere Oesophagotomie aus. Das Resultat war ausgezeichnet, obwohl der Eingriff erst 4 Wochen nach dem Unfall gemacht war.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Stuttgart 1906.

Abtheilung 23: Nasen- und Halskrankheiten.

Erste Sitzung vom 17. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

Vorträge: I. v. Eicken (Freiburg): Ueber Hypopharyngoskopie (mit Demonstration).

Bisher stand, wenn es galt, Fremdkörper, Geschwülste etc. in den untersten Pharynxabschnitten und im Oesophaguseingang festzustellen, das ösophagoskopische Rohr und der Killian'sche Röhrenspatel zur Verfügung, die beide ihren Zweck in dieser Gegend nur unvollkommen und nicht ohne Gefahr für den Pa-

tienten erfüllen. Nach mehrfachen fruchtlosen Versuchen, die zur Besichtigung dieser Partieen mit dem Kehlkopfspiegel nöthige Abdrängung des Kehlkopfs von der hinteren Pharynxwand durch Zug von aussen zu bewirken, kam v. E. auf den Gedanken, den Angriffspunkt der Zugkraft in das Kehlkopfinnere zu verlegen und construirte einen „Kehlkopfhaken", mit dem er durch die Stimmritze bis zu den ersten Trachealringen eindrang und den Kehlkopf so weit nach vorn zu ziehen vermochte, dass er freien Einblick in die Sinus piriformes und den Oesophaguseingang gewann.

Im weiteren Verlauf seiner Untersuchungen stellte v. E. fest, dass es schon mit einer einfachen, kräftigen, nicht biegsamen Kehlkopfsonde gelingt, dasselbe Resultat zu erzielen, indem man den Griff der Sonde an den oberen Molarzähnen als Hypomochlion anstemmt und mit der Spitze einen Druck auf die cocainisirte Kehlkopfvorderwand ausübt. Den Gebrauch dieser Sonde, die er „Larynxhebel" benennt, demonstrirte v. E. an einem Patienten. Man sah dabei den Kehlkopf $1^1/_2$—2 cm weit von der hinteren Rachenwand abgehebelt, die beiden Sinus piriformes zu einem gemeinsamen Raum confluirt und in der Tiefe den durch den Constrictor pharyngis inferior geschlossenen Oesophaguseingang. Wichtig bei dieser Methode ist es, dass die vordere Halsmuskulatur möglichst entspannt wird, was man am Besten durch leichte Vorneigung des Kopfes erreicht. Lässt man den Hebel durch Assistent oder Patient fixiren, so hat man eine Hand frei zur Vornahme von Eingriffen.

II. Heymann (Berlin): Notizen zur Behandlung des Heufiebers.

Vortr. hat 24 Fälle von Heufieber mit Schilddrüsentabletten behandelt und damit sehr befriedigende Erfolge erzielt. Die Kur muss mehrere Wochen vor Beginn der Saison eingeleitet und längere Zeit hindurch (4—6 Wochen) fortgesetzt werden.

Discussion: Goldschmidt (Reichenhall), Katz (Kaiserslautern).

III. Bayer (Brüssel): Ueber die Bedeutung der Lymphdrüsen und Lymphgefässe des Halses in der Pathologie der Nasen-, Ohren-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten; von der äusseren Untersuchung und Behandlung. Mittheilung einiger Fälle.

Vortr. macht darauf aufmerksam, dass seit Einführung des Kehlkopfspiegels die Untersuchung der Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Halses zu Unrecht vernachlässigt worden und ihre Bedeutung für Aetiologie und Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten unterschätzt worden ist. Nach einer anatomischen und physiologischen Einleitung geht er über zur Besprechung der krankhaften Störungen, von denen er zwei Gruppen unterscheidet:

1. Die unmittelbaren Störungen betreffen die Lymphcirculation und sind die Folge von Hindernissen, welchen der Lymphstrom auf seinem Laufe nach den grossen Sammlern begegnet. Es kommt zu Lymphstagnation, die noch gesteigert wird, wenn eine Compression der grossen Halsvenen damit verbunden ist; die Folge ist passive Hyperämie, Anschwellung und seröse Durchtränkung der Gewebe. Daneben kann es zur Bildung von Höhlenexsudaten, Anschwellung der Nasen-

schleimhaut, Hyperplasien im Gebiete des Waldeyer'schen Ringes, Pharyngitiden, Laryngitiden, Tuben- und Mittelohrkatarrhen etc. kommen.

2. Die mittelbaren Störungen sind mechanischer Natur und sind verursacht durch Druck der geschwollenen Lymphdrüsen auf die Nachbarschaft: So entstehen Störungen im Gebiet der Sensibilität, Gefühl von Druck, Schmerz etc. im Rachen, der Zunge, den Mandeln, Tuben, Ohren etc. und im Gebiete der Motilität: Stimmstörungen, Schluckbeschwerden, Paresen etc. Besonders wichtig ist die Compression der Vena jugularis wegen der dadurch verursachten Gehirnsymptome: Kopfschmerz, Somnolenz, Gedächtnissschwäche etc.

Der Vortragende beschreibt sodann eingehend die äussere Halsuntersuchung und die Behandlung jener Störungen durch Massage der die seitlichen Halsgegenden ausfüllenden Lymphdrüsenzellgewebsschicht. Er hat auf diese Weise eine Reihe von Fällen, die vorher operativ, medicamentös oder thermal ohne dauernden Erfolg behandelt worden waren, einer bleibenden Heilung entgegengeführt.

Zweite Sitzung vom 18. September, Vormittags.

Vorsitzender: Siebenmann (Basel).

Vorträge: I. Gluck (Berlin): Ueber Totalresection der Zunge, des Kehlkopfes und des Pharynx.

Vortr. stellt einen Kranken vor, dem er wegen ausgedehnter hyperplastischer Tuberculose (ursprünglich war ein Carcinom diagnosticirt worden) Zunge, Struma, Kehlkopf, Halstheil der Luftröhre, Pharynx, Halstheil des Oesophagus und die grossen Gefässe der rechten Seite resecirt hat. Er knüpft daran Bemerkungen über Indicationen, Technik und Resultate dieses umfangreichen Eingriffs, sowie über seine Folgen für die Nahrungsaufnahme und die Sprache.

Discussion:

Grünwald (München) erwähnt die Schwierigkeit und grosse Wichtigkeit der Frühdiagnose bei Tuberculose, endolaryngealem und speciell retrolaryngealem Carcinom, bei welch letzterem häufig Metastasen früher als die Geschwulst zu Tage treten. Dass Tuberculose für Carcinom gehalten wird, kommt auch heute noch vor. Bezüglich dieser übrigens vermeidbaren Eventualität verweist G. auf seine demnächst erscheinende Arbeit über äussere Eingriffe bei Tuberculose. Endlich erörtert er noch die speciellen Vortheile der Pharyngotomia suprahyoidea in geeigneten Fällen.

Bayer (Brüssel) war im Allgemeinen ein Gegner der weitgehenden operativen Eingriffe bei Tuberculose des Kehlkopfes, ist aber nach solchen Erfolgen, wie Prof. Gluck sie erreicht hat, bekehrt. Er möchte jedoch diese Behandlung nur auf gewisse ausgewählte Fälle langsam verlaufender Tuberculose beschränkt wissen und die bösartig verlaufende Kehlkopftuberculose ausnehmen. Ferner kann er bei Vornahme operativer Eingriffe nicht genug dem Vortragenden beistimmen, die inficirten Halslymphdrüsen ganz gründlich zu exstirpiren, da sonst jede Operation illusorisch ist.

II. Siebenmann (Basel): Ueber einen seltenen Fall von Erkrankung der oberen Luftwege an Lupus pernio.

Vortr. demonstrirt Moulagen sowie colorirte Abbildungen einer eigenthümlichen Erkrankung der Haut und der Knochen, sowie der Schleimhaut der oberen Luftwege. Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, bei dem vor 3 Jahren zunächst Undurchgängigkeit der Nase, dann Schwellung der Oberlippe, Nase, Wangen- und Supraorbitalgegenden auftrat. Hierzu gesellten sich später Knötchenbildung in der Haut der Extremitäten und eine schmerzlos verlaufende Ostitis von Mittelhand und Ulna. Knotenbildung trat gleichzeitig auch in der Schleimhaut des Mundes, des Gaumens und des Larynx auf. Das Infiltrat der Larynxschleimhaut ist gleichmässig diffus. Auffällig ist das colossale Oedem der Augenlider.

Ihrer Natur nach gehört diese Krankheit zu den Tuberculiden oder zu den sehr gutartig verlaufenden Tuberculosen. In allen Infiltraten fanden sich reichlich Epithelioid- und Langhans'sche Riesenzellen, sowie derbes Bindegewebe, wenig Leukocyten und keine Tuberkelbacillen; alle Impfversuche fielen negativ aus. Ein tieferer Zerfall wurde an keiner Stelle beobachtet.

Unter dem Einfluss einer Streptokokkeninfection trat vorübergehend ein Schwund sämmtlicher Tumoren ein; seither haben dieselben aber wieder ihre frühere Grösse erreicht. Röntgendurchstrahlung scheint von allen angewandten Mitteln (Jodkali, Arsen, Soolbäder, Tuberculin) einzig wirksam zu sein. Eine ausführlichere Beschreibung erfolgt im Archiv für Laryngologie.

Dritte Sitzung vom 19. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Bayer (Brüssel).

Vortrag: Goldschmidt (Reichenhall): Beiträge zum Catarrhus Störkii.

Vortr. definirt den Störk'schen Nasenrachenkatarrh als eine Affection, die sich durch Absonderung eines zähen, gallertigen, oft eitrig verfärbten Schleimes auszeichnet. Dieses Secret ist schon makroskopisch von dem des gewöhnlichen Rachenkatarrhs verschieden. Durch regelmässige Untersuchung der Halsorgane bei chronischen Bronchial- und Lungenleiden hat er die häufige Coincidenz dieser Affectionen mit dem Störk'schen Katarrh festgestellt und gefunden, dass der Katarrh überhaupt viel häufiger vorkommt, als man bisher annahm, sowie dass er den bösartigsten Affectionen zuzuzählen ist, denen wir in den oberen Luftwegen begegnen.

Er belegt diese Behauptungen durch Mittheilung von 5 Fällen eigener Beobachtung.

Discussion: Bayer (Brüssel) empfiehlt neben lokaler Behandlung intensive Arsenikcur.

Rau (Stuttgart).

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

38. Sitzung vom 9. December 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Soph. Bentzen: Meningitis bei einer Patientin mit chronischer Mittelohreiterung und Lupus nasi.

Bei einer 33jährigen Frau entstand ein rechtsseitiges phlegmonöses Leiden der Thränenwege und 3 Tage später Ohrenschmerzen, von meningitischen Symptomen begleitet. Nach Aufmeisselung vorübergehende Besserung. Das Sectionsergebniss deutete darauf, dass es sich um eine von einer Ethmoiditis ausgehende Pyämie handelte und nicht um eine otogene Meningitis.

II. Geschäftssitzung: Zum Vorstand wurden gewählt:

Präsident: A. Grönbech.
Vicepräsident und Schatzmeister: Jörgen Möller.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

39. Sitzung vom 14. Februar 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Beiträge zur elektrolytischen Behandlung von Missbildungen der Nase, des Rachens und der Zunge.

Bericht über 4 Fälle, die in Narkose mit 150—300 M.-A. Stromstärke behandelt wurden; Dauer der Sitzung eine Viertelstunde. Die Reaction war nur gering; zwischen den Sitzungen verstrich eine Zeit von 8—14 Tagen.

1. Ein 19jähriger Student mit einem grossen cavernösen Angiom der Zunge. 3 mal Elektrolyse, 100—180 M.-A., Anode in der Zunge, Kathode im Rachen; zur Zeit persistiren nur noch in der hinteren Zungenhälfte kleine Reste des Angioms. (Patient wird demonstrirt.)

2. Ein 15 jähriges Mädchen mit grossem Fibrom des Schlundes. Röntgenbehandlung erfolglos. Zweimal Elektrolyse, 150—175 M.-A. Geschwulst völlig verschwunden.

3. Ein 5 jähriger Knabe mit grossem Fibrom im Nasenrachen und in der rechten Nasenhälfte. Zweimal Elektrolyse, 300 M.-A., Kathode wird durch die Nase, Anode durch den Mund in die Geschwulst hineingeführt. Geschwulst völlig verschwunden.

4. Ein 14 jähriger Knabe mit Osteosarkom im Gaumen und im Nasenrachen. Nach Elektrolyse vorübergehende Erleichterung, übrigens Fortschreiten der Krankheit; Röntgenbehandlung erfolglos, weitere Behandlung aufgegeben.

Discussion: Nörregaard, Schmiegelow, Grönbech.

II. Grönbech: Demonstration eines Falles von Pharyngo-Laryngitis fibrinosa.

Patient, ein 63 jähriger Arbeiter, trägt seit 4 Monaten immerfort recidivi-

rende fibrinöse Beläge am Kehldeckel und an der hinteren Schlundwand. Die Krankheit hat bisher jeder Behandlung getrotzt; jetzt werden stärkere Aetzmittel herangezogen werden.

III. Nörregaard: Notizen über die Angiomfälle während der letzten 6 Jahre meiner Praxis.

Seit dem Herbste 1899 wurden 415 Fälle behandelt, und zwar: Angina diphtherica 10, Angina scarlatinosa 29, Angina phlegmonosa 43, Angina herpetica 1, Angina luetica 1, Angina simplex 330, Mycosis tonsillaris 1. Die beste Behandlung der Angina besteht im Auspressen der Pfröpfe und Pinselungen.

IV. Jörgen Möller demonstrirte einen blutenden Septumpolypen, aus der hinteren Nasenhälfte einer 30jährigen Dame entfernt. Eigenthümlich war die Entstehung im Anschluss an das Wochenbett und die anfänglich jedesmal beim Stillen sich einfindende Blutung.

Grönbech hat 2 Fälle gesehen, auch beide bei Frauen und beide linksseitig.

Jörgen Möller.

III. Briefkasten.

XVI. Internationaler medicinischer Congress Budapest 1909.

Wir freuen uns, unseren Lesern zum Jahresschluss die Mittheilung bringen zu können, dass uns bei dem nächsten internationalen medicinischen Congress der demüthigende Kampf um eine würdige und unabhängige Stellung erspart bleiben wird. Unser verehrter Mitarbeiter, Herr Professor v. Navratil, theilt uns soeben mit, dass das Organisationscomité des Budapester Congresses einstimmig den Beschluss gefasst hat, dass die Rhino-Laryngologie auf diesem Congress eine selbstständige Section (No. XIV) unter seinem Präsidium bilden wird.

Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag.

Die Feier von Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag gestaltete sich zu einer imposanten Kundgebung, an der naturgemäss vor allem die engeren Fachgenossen des Jubilars hervorragenden Antheil hatten, die aber auch Zeugniss ablegte von der Werthschätzung und Verehrung, deren er sich in weiteren Kreisen erfreut. Am Vorabend des Geburtstages fand eine Sitzung der Berliner laryngologischen Gesellschaft statt, die, wenn sie auch auf ausdrücklichen Wunsch des Jubilars nicht als Festsitzung proclamirt worden war, doch durch die Tagesordnung und die Anwesenheit zahlreicher hervorragender auswärtiger Fachgenossen ein aussergewöhnliches und festliches Gepräge erhielt. Theils waren bereits an diesem Abend anwesend, theils trafen im Laufe des folgenden Tages ein: Sir Felix Semon (London), O. Chiari (Wien), Hajek (Wien), Broeckaert (Gent), Burger (Amsterdam), Schmiegelow (Kopenhagen), Lagerlöf (Stockholm), Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.), Killian (Freiburg), Jurasz (Heidelberg), O. Seiffert (Würzburg), Brieger (Breslau), Hansberg (Dortmund), Thilenius (Soden), sowie eine grosse Zahl früherer Schüler Fränkel's, die herbeigeeilt waren, um ihren alten Lehrer zu begrüssen. Nach einer Reihe von Demonstrationen ergriff Sir Felix Semon das Wort zu einem Vortrag „Ueber den therapeutischen Werth vollständiger Stimmruhe bei Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose". Den

zweiten Vortrag des Abends hielt Fränkel über „Ozaena“, in dem er einen kritisch-historischen Ueberblick über die Entwickelung unserer Anschauungen über dieses Krankheitsbild seit seinen eigenen grundlegenden Arbeiten bis auf den heutigen Tag gab. Nach der Sitzung hielt ein gemüthliches Beisammensein bei kaltem Buffet und Bier, zu dem die Laryngologische Gesellschaft eingeladen hatte, die Theilnehmer noch lange vereint.

Am 17. November, dem eigentlichen Festtage, begann bereits zu früher Stunde in der Wohnung des Jubilars der Aufzug der glückwünschenden Vereine, Deputationen u. s. w. Ihre Reihe wurde eröffnet durch die Berliner medicinische Gesellschaft, die durch ihren Gesammtvorstand, mit Exc. von Bergmann an der Spitze, vertreten war: der Vorsitzende überreichte dem Jubilar, der 25 Jahre lang geschäftsführender Secretär der Gesellschaft war, mit einer seine Verdienste würdigenden Ansprache das Diplom der Ehrenmitgliedschaft. Die gleiche Ehrung wurde ihm seitens des Vereins für innere Medicin, dessen Abordnung durch Geh.-Rath Kraus geführt wurde, zu Theil. Das Sanitätscorps der Armee und die Kaiser-Wilhelms-Academie, deren Senat Fränkel angehört, liessen sich durch eine Deputation, mit Generalstabsarzt Schjerning an der Spitze, vertreten, die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen im Kultusministerium hatte den Geh. Obermedicinalrath Schmidtmann und Exc. von Bergmann abgesandt, die Glückwünsche der Direction des Königl. Charité-Krankenhauses überbrachte Geh. Regierungsrath Pütter, als Vertreter der medicinischen Facultät erschien deren Decan, Geh. Rath Heubner. Prof. Paul Heymann überreichte im Namen der Docenten für Laryngologie an den Universitäten der Länder deutscher Zunge ein Album mit deren Bildern, Exc. Moritz Schmidt sprach die Glückwünsche der Deutschen laryngologischen Gesellschaft aus und machte dem freudig überraschten Jubilar Mittheilung von einer durch Beiträge seiner Fachgenossen aufgebrachten „Bernhard Fränkel-Stiftung“, deren Erträgnisse dazu verwendet werden sollen, alle fünf Jahre die bedeutendste Leistung auf dem Gebiete der Rhino-Laryngologie durch einen „Bernhard Fränkel-Preis“ auszuzeichnen. Im Namen der Berliner laryngologischen Gesellschaft, deren Mitbegründer der Jubilar ist und deren Vorsitz er seit ihrem Bestehen führt, erschien der Gesammtvorstand und überreichte eine prächtige Adresse. Glückwünsche und Adressen überbrachten ferner: für die Wiener laryngologische Gesellschaft Chiari, für die Londoner laryngologische Gesellshhaft Semon, für die Dänische oto-laryngologische Gesellschaft Schmiegelow, für die Niederländische Gesellschaft Burger, für die Belgische Broeckaert, für die Süddeutschen Laryngologen Jurasz, im Auftrage der Stockholmer Gesellschaft Edm. Meyer, im Auftrage der Amerikanischen Gesellschaften A. Alexander u. s. w. Telegraphische und briefliche Glückwünsche liefen von sämmtlichen anderen nicht durch Abordnungen vertretenen Vereinen und Gesellschaften ein, einige, wie die Moskauer und Petersburger Gesellschaften, übersandten das Diplom der Ehrenmitgliedschaft, andere, wie die Società Medico-Chirurgica di Bologna, die Ernennung zum correspondirenden Mitglied. Die Redaction der Berliner klinischen Wochenschaft überreichte eine Festnummer mit werthvollen Beiträgen von Semon, v. Schrötter, Killian, Chiari, Lermoyez, Massei, Onodi; eine Festnummer der Zeitschrift für Tuberculose überreichte deren Redacteur A. Kuttner. Es folgten die Vereine zur Bekämpfung der Tuberculose, denen der Jubilar in den letzten Jahren einen grossen Theil seiner Arbeitskraft gewidmet hat und die in ihm einen ihrer begeistertsten und thätigsten Förderer sehen: der Volksheilstättenverein vom Rothen Kreuz, vertreten durch den Viceoberceremonienmeister v. d. Knesebeck, die Internationale Vereinigung gegen die Tuberculose, die Dettweiler-Stiftung. das Centralcomité zur Bekämpfung der Tuberculose. vertreten durch den bayerischen Gesandten Graf Lerchenfeld, der Berlin-Brandenburger Heilstättenverein u. a. m. Eine Anerkennung speciell für seine Thätigkeit auf dem Gebiete der Tuberculosebekämpfung bedeutete auch ein in sehr ehrenden Worten abgefasstes Telegramm, das der Jubilar von I. Maj. der

Deutschen Kaiserin erhielt. Allen Gratulanten, die während des fast vierstündigen Empfanges in ununterbrochener Reihenfolge an ihm vorüberzogen, antwortete der Jubilar mit stets gleichbleibender Frische und Schlagfertigkeit.

Mittags 2 Uhr fand in Gegenwart von Vertretern des Ministeriums, der medicinischen Facultät, der dirigirenden Aerzte der Charité, des Militär-Sanitätscorps, sämmtlicher auswärtiger Gäste mit ihren Damen, der Berliner Laryngologen und einer grossen Zahl sonstiger geladener Gäste im Kaiserin-Friedrich-Haus die Eröffnung der rhino-laryngologischen Ausstellung statt, die von den Assistenten des Jubilars ihm zu Ehren veranstaltet worden ist. Nach einer Ansprache, in der Edm. Meyer die Entstehungsgeschichte und die Ziele dieser Ausstellung auseinandersetzte, und nach einer Erwiderung des Jubilars, der diese Gelegenheit benutzte, um seine Ansicht von dem Verhältniss der Specialdisciplin zur Gesammtmedicin zu betonen, erfolgte ein Rundgang durch die Ausstellung. Wir werden ihr in einem Leitartikel der Januar-Nummer eingehende Würdigung zu Theil werden lassen; das können wir aber heute schon sagen, dass sie, soweit sich dies durch eine solche Veranstaltung überhaupt erreichen lässt, ihren Zweck, ein getreues Bild von der Entwickelung und dem heutigen Stand unserer Disciplin zu geben, nach allgemeinem Urtheil der über Erwarten zahlreichen Besucher trefflich erfüllt.

Am Abend des Festtages vereinte der Jubilar die ganze grosse Schaar der Gratulanten — über 150 Personen — in seinem gastlichen Hause, dessen Honneurs er, ungebrochen durch die mannigfaltigen Strapazen des Tages, mit jugendlicher Frische und stets gleicher Liebenswürdigkeit machte.

Personalnachricht.

An Stelle von Professor Okada (Tokio) tritt vom nächsten Jahre Professor Ino Kubo (Fukuoka) als regelmässiger Berichterstatter für die japanischen Arbeiten ein.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



